

## **Agradecimentos**

Muito Obrigada:

A Deus por Tudo.

Aos meus pais pela Vida.

Ao meu Zacarias pelo Amor.

Aos meus avós pela Sabedoria.

Aos meus irmãos pela Paciência.

Aos meus amigos pela Amizade.

Aos meus colegas pela Colaboração.

Aos meus professores pela Dedicação.

À Doutora Carla Martins pela Realização.

O meu agradecimento estende-se, também, às enfermeiras dos centros de preparação para o parto, pois sem elas a recolha de dados não teria sido possível; e, sobretudo, aos protagonistas desta investigação: os corajosos “casais grávidos” que participaram neste estudo, a quem dedico este trabalho.

## **(A)Sexualidade(s) na Gravidez**

### **Avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros**

Mestrado em Educação – Área de Especialização em Educação para a Saúde

Universidade do Minho

Carla Susana Gomes de Oliveira

Fevereiro de 2008

### **Resumo**

A presente investigação pretende contribuir para o estudo da sexualidade na gravidez numa perspectiva educacional. Vinte e sete mulheres grávidas e seus companheiros foram questionados acerca da sua sexualidade e de quais as necessidades de formação sentidas nesta área em particular. Os resultados empíricos revelaram que a amostra define e pratica uma sexualidade num sentido lato, a qual envolve mimos e carícias e não se cinge exclusivamente ao acto sexual. Não se encontraram diferenças em termos de conhecimentos entre os membros do casal mas os homens evidenciaram mais crenças acerca da sexualidade na gravidez do que as grávidas. Destaca-se deste trabalho que os casais reconhecem a importância do tema e manifestam a sua necessidade em termos de formação a este nível. Idealizam essa formação fornecida por um grupo multidisciplinar, com profissionais de ambos os sexos, periodicidade mensal ou trimestral, em casal, preferindo sessões do tipo expositivo. Realça-se, ainda, a importância da inclusão do companheiro em programas de formação, pelo facto de este ser o principal interlocutor da grávida, no que toca ao tema em causa, e poder tornar-se, por isso, num aliado nos cuidados e formação à mesma.

## **Sexuality during pregnancy**

### **Education needs assessment on expecting women and their partners**

Education masters degree – area of expertise in health education University of Minho, Portugal

Carla Susana Gomes de Oliveira

February 2008

#### **Abstract**

The present research aims at contributing for the knowledge about sexuality during pregnancy within an educational framework. Twenty seven pregnant women and their partners were asked about their sexuality and felt needs in terms of education on the subject. The empirical result revealed that the sample defines and practices a broad sexuality, which involves cuddling and caressing, and not only sexual intercourse. No differences were found in terms of knowledge on the subject between the two groups. However, men exhibited a higher number of beliefs about sexuality during pregnancy than their pregnant partners. Our investigation highlights the fact that couples do recognise the importance of the topic and their need for extra information on it. The desired format for education on the subject would be with monthly or quarterly expositive type sessions to the couple, taught by a multidisciplinary group of professionals from either sex. The importance of including the male partner on these programs comes from the fact that he is the person with whom the pregnant woman prefers to talk to about the topic, making him the best ally in her care and education.

**ÍNDICE**

Lista de Anexos	viii
Lista de Quadros	ix
<b>Introdução</b>	<b>10</b>
<b>PARTE I. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo 1. Gravidez e Sexualidade</b>	<b>13</b>
1.1. A Gravidez enquanto fenómeno biológico e psicológico	14
1.2. Alterações fisiológicas e psicológicas durante a gravidez	14
1.2.1. 1º Trimestre (0 -12 semanas)	15
1.2.2. 2º Trimestre (13 -27 semanas)	16
1.2.3. 3º Trimestre (28 - 40 semanas)	17
1.3. Alterações fisiológicas e psicológicas da gravidez e o companheiro	20
1.4. Repercussões da gravidez na sexualidade desse período	21
1.4.1. O impacto das alterações fisiológicas da gravidez na sexualidade	22
1.4.1.1. 1º Trimestre (0 -12 semanas)	22
1.4.1.2. 2º Trimestre (13 - 27 semanas)	23
1.4.1.3. 3º Trimestre (28 - 40 semanas)	24
1.4.2. O impacto das alterações fisiológicas da gravidez na sexualidade e o companheiro	27
1.5. Crenças e seu impacto sobre a sexualidade na gravidez	28
1.6. Síntese do capítulo	29
<b>Capítulo 2. Educação para a Saúde e Sexualidade na Gravidez</b>	<b>31</b>
2.1. Educação para a Saúde	32
2.2. Educação Sexual enquanto parte integrante da Educação para a Saúde	35
2.3. Educação para a Saúde na Gravidez	38
2.3.1. O estado actual da Educação para a Saúde na Gravidez	39
2.3.2. Directrizes relativas à Educação para a Saúde na Gravidez	43
2.3.2.1. Período temporal de acompanhamento	43
2.3.2.2. Número de pessoas envolvidas no acompanhamento	44
2.3.2.3. Designação atribuída ao acompanhamento	45

---

2.4. Síntese do capítulo	46
 <b>PARTE II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	 47
<b>Capítulo 3. Objectivos e Método</b>	48
3.1 Objectivos	49
3.2 Participantes	49
3.3. Instrumento	51
3.4. Procedimento	52
3.4.1. Estudo Piloto	52
3.4.2. Estudo propriamente dito	52
 <b>Capítulo 4. Apresentação dos Resultados</b>	 54
4.1. Gravidez e Sexualidade	55
4.1.1. História Obstétrica	55
4.1.2. Satisfação Conjugal	55
4.1.3. Definição de Sexualidade	56
4.1.4. Comportamento durante a gravidez	57
4.1.5. Relações Sexuais	58
4.1.6. Tipo de Sexualidade que pratica	59
4.2. Educação e Necessidades de Formação	60
4.2.1. Conhecimentos e crenças acerca da sexualidade na gravidez	60
4.2.2. Principais interlocutores acerca da sexualidade na gravidez	61
4.2.3. Como gostaria que a informação acerca da sexualidade na gravidez lhe fosse transmitida?	63
4.2.4. Avaliação final	64
4.2.5. Descrição/Definição de sexualidade na gravidez	65
 <b>Capítulo 5. Discussão de Resultados e Conclusões</b>	 66
5.1. Discussão de resultados	67
5.2. Linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas de formação ao nível da sexualidade	74
5.3. Aspectos positivos e contributos desta investigação	79
5.4. Limitações	80
5.4.1. Do estudo	80

---

5.4.2. Do instrumento de recolha de dados	81
5.5. Sugestões para futuras investigações	81
5.6. Principais Conclusões	82
5.7. Considerações Finais	83
<b>Referências Bibliográficas</b>	86
<b>Anexos</b>	92

## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo 1.** Instrumento de Recolha de Dados – Versão Feminina

**Anexo 2.** Instrumento de Recolha de Dados – Versão Masculina

**Anexo 3.** Tabela de Respostas à Questão 21 – “Em apenas UMA frase como descreveria a sexualidade na gravidez?”

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1.** Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério

**Quadro 2.** Frequência da Actividade Sexual na Gravidez

**Quadro 3.** Esquema de vigilância na gravidez

**Quadro 4.** Características sócio-demográficas da amostra

**Quadro 5.** Satisfação Conjugal relatada pelas grávidas e seus companheiros

**Quadro 6.** Definição de sexualidade pelas grávidas e seus companheiros

**Quadro 7.** Percepção de alterações no comportamento do cônjuge

**Quadro 8.** Razões apontadas pelas grávidas para ter ou não relações sexuais no momento presente (durante a gravidez)

**Quadro 9.** Razões apontadas pelos companheiros para ter ou não relações sexuais no momento presente (durante a gravidez)

**Quadro 10.** Tipo de sexualidade praticada pelas grávidas e seus companheiros

**Quadro 11.** Intercorrelações entre os conhecimentos e crenças das grávidas e seus companheiros acerca da sexualidade na gravidez

**Quadro 12.** Interlocutores acerca da sexualidade na gravidez referenciados pelas grávidas e seus companheiros

**Quadro 13.** Fontes de informação acerca da sexualidade na gravidez referenciadas pelas grávidas

**Quadro 14.** Fontes de informação acerca da sexualidade na gravidez referenciadas pelos companheiros

**Quadro 15.** Tipo, periodicidade e formato de sessões informativas preferidas pelas grávidas e seus companheiros

**Quadro 16.** Profissionais preferidos pelas grávidas e seus companheiros para a condução de sessões informativas

**Quadro 17.** Avaliação Final



## INTRODUÇÃO

A gravidez é um período repleto de grandes alterações biológicas, psicológicas e sociais, que podem afectar a vivência da sexualidade pelo casal. Sendo esta uma fase de tantas mudanças e reestruturações, é igualmente um momento ideal para uma nova integração da sexualidade, integração esta que poderá conduzir a duas situações distintas. Se, por um lado, pode estar na origem de um aprofundamento da vivência sexual da díade, por outro lado pode ser o início de muitas dificuldades desencadeadoras de disfunções e problemas com repercussões nefastas para a saúde física e psicológica da grávida e do seu companheiro (Silva & Figueiredo, 2005).

Dado que a gravidez constitui um acontecimento fundamental na manutenção da espécie, não admira que, na Antiguidade, ao longo das culturas e dos tempos, tenha sido rodeada de mitos e tabus, geralmente com o objectivo de proteger o feto (Trindade, 1987). “Não é apenas a grávida que se envolve neste ritual de crenças, mas também o pai, a família, os vizinhos, os amigos e até a própria comunidade, muitas vezes se vêm envolvidos” (Martins, 2007, p. 265).

Embora haja estudos e obras dedicados aos aspectos psicológicos da gravidez (ex. Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Leal, 2005; Valentine, 1982), o mesmo não se verifica com “(...) os estudos dedicados aos aspectos psico-afectivos da gravidez, nomeadamente ao papel desempenhado pelos sentimentos e comportamentos sexuais” (Trindade, 1987, p. 84) de ambos os membros do casal. Para além disso, os trabalhos tendem a excluir, por um lado, a visão masculina da sexualidade na gravidez e, por outro lado, a importância da vertente educativa nesta mesma área. Este estudo empírico pretende, deste modo, contribuir para alargar a compreensão acerca da *sexualidade na gravidez*. Para tal, foram delineados, logo à partida, dois grandes objectivos. Em primeiro lugar, recrutar para o estudo não só grávidas mas também os seus companheiros, pelo que a inclusão da visão masculina acerca do tema constitui uma novidade na área. Em segundo lugar,

avaliar as necessidades de formação sentidas quer pelas grávidas quer pelos companheiros ao nível da sexualidade na gravidez.

Esta dissertação está organizada em duas partes: a revisão bibliográfica e o estudo empírico. A primeira parte – revisão bibliográfica – apresenta a matriz conceptual do presente estudo de investigação. Assim, o primeiro capítulo, intitulado *Gravidez e Sexualidade*, é dedicado às alterações biológicas e psicológicas da gravidez e suas repercussões ao nível da sexualidade. Apresentam-se neste capítulo estudos conhecidos sobre a sexualidade na gravidez, dando particular relevo aos escassos estudos nacionais por serem aqueles que cultural, social e geograficamente mais contributos podem dar a esta investigação. O segundo capítulo, intitulado *Educação para a Saúde e a Sexualidade na Gravidez*, debruça-se sobre a educação para a saúde, no âmbito do qual este estudo se enquadra. Após uma breve referência à evolução e definição do conceito de educação para a saúde, faz-se o enquadramento da saúde sexual em geral no seio da educação para a saúde que, embora pouco fundamentada em documentos nacionais, está explicitamente incluída em documentos internacionais, como os da Organização Mundial de Saúde (OMS). Num segundo momento, procura-se fundamentar a inclusão do tema da sexualidade na gravidez na educação para a saúde.

A segunda parte da dissertação – estudo empírico – apresenta a investigação quantitativa levada a cabo e a discussão dos resultados obtidos. Quatro principais objectivos nortearam este estudo: a) caracterizar as atitudes relativas à sexualidade em mulheres grávidas e seus companheiros e comparar as mesmas; b) estudar os comportamentos sexuais em mulheres grávidas e seus companheiros durante a gravidez; c) avaliar as necessidades de formação, ao nível da sexualidade, em mulheres grávidas e seus companheiros; e d) propor linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas de formação ao nível da sexualidade a implementar junto de mulheres grávidas e seus companheiros. O terceiro capítulo apresenta os objectivos e a metodologia do estudo empírico. No quarto capítulo, são apresentados os resultados obtidos. O quinto e último capítulo discute os resultados, integrando-os no corpo de conhecimentos teóricos existentes. Neste capítulo,

esboçam-se as principais conclusões, define-se uma proposta de linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas de formação ao nível da sexualidade,<sup>2</sup> e tecem-se algumas considerações finais em termos de rumo para futuras investigações.

## PARTE I

---

### REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

# Capítulo 1

---

## **GRAVIDEZ E SEXUALIDADE**

“A sexualidade durante a gravidez é influenciada por diversos factores. Viver a gravidez implica um processo complexo de adaptação a novas condições fisiológicas, psico-afectivas e socioculturais, no qual as relações sexuais assumem um carácter ambíguo: naturalmente, podem representar um factor importante para a satisfação das necessidades acrescidas da mulher em se sentir amada e

constituir uma importante fonte de prazer. Contudo, todavia, podem também ser entendidas como prática transgressiva, no sentido em que já não se justificam pela sua função procriativa.”

(Portelinha, 2003, p. 141)

## **CAPÍTULO 1 – GRAVIDEZ E SEXUALIDADE**

Este capítulo apresenta, num primeiro momento, as alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes da gravidez, debruçando-se, num segundo momento, sobre o impacto dessas alterações na sexualidade durante a gravidez.

### **1.1. A Gravidez enquanto fenómeno biológico e psicológico**

A gravidez constitui um fenómeno biológico<sup>1</sup> para a espécie humana e um acontecimento fisiológico para cada ser vivo em particular. A gravidez humana é um acontecimento fisiológico vivido intensamente a nível psicológico e que envolve várias personagens e especialistas. Muito antes do espermatozóide (gâmeta sexual masculino) fecundar o óvulo (gâmeta sexual feminino) já muitos acontecimentos influenciaram e/ou determinaram que um bebé pudesse nascer. Daí que a compreensão da relação umbilical entre biologia e psicologia seja essencial para se assimilar todo o fenómeno da gravidez, quer para a mulher grávida, quer para o seu companheiro que, como ela e com ela, espera o seu filho nascer.

Assim, neste capítulo, começaremos por abordar as duas dimensões sob as quais a gravidez pode ser estudada – a dimensão biológica e a dimensão psicológica – para, em seguida, nos centrarmos nas repercussões da gravidez na sexualidade.

### **1.2. Alterações fisiológicas e psicológicas durante a gravidez**

A gravidez é o resultado da união entre as células reprodutivas humanas, o óvulo e o espermatozóide, que originará um ovo fecundado que, posteriormente,

---

<sup>1</sup> Biologia – ciência que estuda os seres vivos.

Fisiologia – ramo da biologia que estuda o funcionamento do organismo.

dará origem à placenta e ao embrião. Este evolui progressivamente ao longo de nove meses, até o feto dar lugar ao bebê no momento do nascimento.

Com o decorrer da gravidez, todos os sistemas orgânicos da mulher vão sofrer mudanças e adaptações, resultantes de um conjunto de alterações hormonais, que lhe permitirão acolher, nutrir e suportar uma nova vida.

Na realidade, após o diagnóstico da gravidez as alterações fisiológicas e psicológicas sucedem-se em cadeia, embora haja variabilidade na intensidade dos sintomas e suas manifestações de grávida para grávida e até de gravidez para gravidez numa mesma mulher. Tais alterações são resultado do complexo processo de adaptação fisiológica e bioquímica à gestação (Portelinha, 2003).

A gravidez considerada, também, um período crítico do desenvolvimento dos futuros pais, implica que estes façam um “trabalho psicológico”, o qual envolve seis tarefas psicológicas (Colman & Colman, 1994).

Segue-se uma abordagem mais detalhada das alterações fisiológicas e consequentes alterações psicológicas na mulher grávida ao longo dos três trimestres.

#### **1.2.1. 1º Trimestre (0 - 12 semanas)**

Este período marca o início fisiológico da gravidez e, consequentemente, a adaptação psicológica à mesma. Começam as alterações fisiológicas que levam algumas mulheres a confirmar que estão grávidas; outras apenas a suspeitar da gravidez, ou que, no mínimo, alertam a mulher para que algo de estranho se passa no seu corpo.

Em termos fisiológicos, as alterações mais comuns do primeiro trimestre são o cansaço fácil, a fadiga e o sono intenso; como consequência do efeito da progesterona na depressão dos centros nervosos centrais. Algumas grávidas têm náuseas (enjoo) e vômitos, os quais, geralmente, tendem a desaparecer por volta das doze semanas. As mamas também sofrem alterações significativas ao preparem-se para a amamentação. Concretamente, observam-se duas modificações: por um lado, há um aumento da tensão mamária, o qual pode



provocar desconforto ou mesmo dor; por outro lado, surge o escurecimento da auréola e o início do desenvolvimento dos tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas da auréola mamária, cuja função é a lubrificação do mamilo durante o aleitamento, e que se tornam mais desenvolvidas a partir do 4º ou 5º mês). No final deste trimestre, a pressão do útero grávidico exercida sobre a bexiga e associada ao efeito diurético da progesterona pode provocar a necessidade de micções mais frequentes (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999; Burroughs, 1995; Colomer, 2000; Dickason, 1995; Martins, 2003; Portelinha, 2003; Somigic, 2000).

Ao nível psicológico, a palavra que melhor define este período é a “ambivalência”, ao nível dos sentimentos, comportamentos e atitudes. Na realidade, a evidência empírica parece demonstrar que o primeiro trimestre implica a aceitação da gravidez por parte do casal. Por isso, a comprovação da gravidez por um especialista e a aprovação da família alargada podem constituir uma importante ajuda neste processo de aceitação (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). Assim, a *primeira tarefa psicológica da gravidez* é aceitar a própria gravidez, ou, por outras palavras, aceitar a realidade do feto e tomar uma atitude face a este (Colman & Colman, 1994).

### **1.2.2. 2º Trimestre (13 - 27 semanas)**

Ao longo do segundo trimestre, os desconfortos do primeiro trimestre geralmente desaparecem mas outros emergem. Tudo continua a aumentar, acompanhando o normal desenvolvimento fetal. A fadiga e o cansaço fácil mantêm-se e a mulher grávida tem mais necessidade de descansar e dormir, comparativamente ao período anterior à gravidez. As câibras (sensação de músculo preso) e problemas dentários tornam-se também frequentes e podem ser originados pela diminuição do cálcio circulante, que é agora mobilizado para o crescimento do feto. O aumento do volume sanguíneo e do leito vascular pode provocar cefaleias e desmaios. A obstipação é outro problema do sistema digestivo que ocorre devido à diminuição habitual do peristaltismo (movimentos intestinais fisiológicos), provocado essencialmente pela pressão do útero grávido sobre o recto. Característico deste

período é também o aumento da secreção sebácea (cera) e da transpiração. As glândulas mamárias, entretanto formadas, continuam a aumentar e pode começar-se a observar a saída de colostro (designação dada ao primeiro leite). Durante este trimestre, forma-se ainda o rolhão mucoso e há um aumento significativo da secreção vaginal. A hiperpigmentação da pele ao nível da auréola, da linha branca e da face (cloasma gravídico chamado vulgarmente por “pano”) torna-se significativa e, em algumas mulheres, o estiramento das fibras de colagénio provocado pela distensão abdominal pode provocar estrias (Bobak *et al.*, 1999; Burroughs, 1995; Colomer, 2000; Dickason, 1995; Martins, 2003; Portelinha, 2003; Somigic, 2000).

Neste trimestre, ao nível psicológico, há a necessidade de interiorizar o feto no seu “eu”, acompanhada por um amadurecimento por parte da grávida, que procura caminhar no sentido de se tornar mãe à medida que o seu futuro bebé cresce dentro de si. A mulher começa a perceber o feto como diferente e separado dela quando o começa a sentir<sup>2</sup>. A *segunda tarefa psicológica da gravidez* é, então, aceitar a realidade do feto, ou seja, tomar consciência da realidade do bebé, de que ele existe de facto e vai mudar as suas vidas. As fantasias e sonhos com o bebé, muito comuns na gravidez são parte criativa da mente humana e fazem parte da evolução da identidade do ser-se pai e mãe (Colman e Colman, 1994).

Esta é uma época de calma, pois a instabilidade própria do primeiro trimestre desaparece, tendo havido já todo um trabalho de acomodação à sua nova situação. Contudo, pode ainda haver alguma labilidade emocional devido às preocupações com o futuro ou às alterações hormonais (Rynerson & Lowdermilk, 1996).

### **1.2.3. 3º Trimestre (28 - 40 semanas)**

Nesta fase, o volumoso abdómen é o grande causador dos desconfortos, incómodos e dores. No final da gestação, devido à dimensão da barriga, há uma compressão do diafragma (provocando dificuldade respiratória), do estômago (provocando pirose/azia e enfartamento), da bexiga (piorando a polaquiúria/

---

<sup>2</sup> Regra geral, os primeiros movimentos fetais são sentidos entre a décima e a vigésima primeira semanas de gravidez, embora esta percepção varie de mulher para mulher e geralmente as múltíparas sentem mais cedo estes movimentos fetais por experiência da gravidez anterior.

necessidade de urinar frequentemente) e do cólon (agravando a obstipação). As dores de coluna e dos membros inferiores são queixas comuns às grávidas dos últimos meses, podendo mesmo deixar sequelas, tais como hérnias discais e varizes. As contracções uterinas, designadas por Braxton-Hicks e preparatórias do trabalho de parto, tornam-se frequentes (Bobak *et al.*, 1999; Burroughs, 1995; Colomer, 2000; Dickason, 1995; Somigic, 2000). Para além disso, a grávida apresenta fadiga e incómodo físico, não encontrando posição para dormir, o que é frequentemente agravado por insónias, sonhos e pesadelos acerca do bebé ou de bebés, e que podem ter um efeito nefasto no equilíbrio e no bem-estar da mulher (Colman & Colman, 1994). Mas a prova de que até os nossos sonhos são influenciados pela cultura e pela forma como se encara a gravidez é-nos dada por Kitzinger que afirma que “Ao contrário dos sonhos de muitas mulheres inglesas, que registei, os que as mulheres da Jamaica me contaram eram frequentemente muito agradáveis e quase sensuais” (Kitzinger, 1978, p. 80).

A nível psicológico, ao longo deste trimestre a grávida deve completar a sua “separação psicológica” e fazer planos acerca do parto, preparando tudo, desde as roupas até o seu íntimo para o momento do parto. Emocionalmente, este é um período de maior impaciência em relação ao momento do parto, por isso, como indica Burroughs (1995), torna-se importante que neste período a grávida receba ajudas e atenções adicionais e orientações. O companheiro bem como a família mais alargada devem ser fonte de carinho e apoio para o equilíbrio da mulher, que vive cada dia mais ansiosa e temerosa em relação ao parto (Colman & Colman, 1994). A *quinta tarefa psicológica da gravidez*, que se situa geralmente no final do terceiro trimestre e se prolonga pelo pós-parto (puerpério), consiste em aceitar o bebé como uma pessoa separada. Esta tarefa é importante para os pais separarem a realidade da mãe da do bebé e posteriormente aceitarem a separação física que o corte do cordão umbilical impõe (Colman & Colman, 1994).

Outras tarefas se colocam aos futuros pais, tarefas essas que dizem respeito a uma reavaliação e reajustamento da relação com as personagens da sua vida. Estas

tarefas podem ocorrer ao longo dos três trimestres da gestação, e podem prolongar-se pelo puerpério. Assim, a grávida e o companheiro tendem a repensar a relação com os seus próprios pais (*terceira tarefa*), a relação um com o outro (*quarta tarefa*), a relação com a sua própria identidade parental (*sexta tarefa*) e a relação com os outros filhos (*sétima tarefa*, apenas aplicável a múltiparas).

A *terceira tarefa* passa pela reavaliação da geração dos próprios pais, o que implica perceber que, em breve, será ele o pai e ela a mãe. Assim, já não serão os seus pais que serão chamados à responsabilidade, mas sim eles mesmos. Esta tarefa que envolve introspecção, reflexão, análise e aprendizagem pode levar à aproximação entre o casal e os seus significativos parentais (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Martins 2003).

A *quarta tarefa* consiste em reavaliar o relacionamento com o companheiro/a, uma vez que durante a gravidez o casal vai-se sentindo progressivamente mais dependente um do outro. Os pais não vão tomar conta deles, por isso a consolidação da relação com o companheiro é essencial. A gravidez deve ser um momento de partilha por excelência entre o casal, ambos devem exprimir o que sentem em relação ao ser pai e ser mãe, pois a experiência de um influencia a experiência do outro. Os cônjuges devem, pois, valorizar-se e apoiar-se mutuamente, sobretudo se esperam um primeiro filho, para se habituarem à ideia que a díade passará a ser uma tríade. O casal precisa de uma nova aliança parental, uma relação conjugal alargada com base na partilha, no companheirismo, no cuidado e no carinho (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Martins 2003).

A *sexta tarefa* envolve reavaliar e estruturar a sua própria identidade, dizendo respeito à interiorização e adaptação do homem e da mulher a uma nova realidade – a de serem pais a tempo inteiro e para toda a vida. A interacção com a criança, o regresso ao trabalho e a relação entre o casal são factores que irão influenciar esta adaptação à maternidade/paternidade. “Esta tarefa sintetiza todas as outras tarefas de desenvolvimento e implica reavaliar as perdas e ganhos que a maternidade introduziu” (Martins, 2003, p. 28).

Se para os casais sem filhos as tarefas psicológicas terminam aqui, para aqueles que têm filhos uma outra importante tarefa lhes é incumbida, “reavaliar e estruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s) sendo necessário integrar a ideia de mais um filho como pessoa separada, não incorporado à identidade de outros filhos mas, simultaneamente, ajudá-los para a chegada do novo Ser” (Martins, 2003, p. 28).

O Quadro 1 apresenta uma síntese de todas as tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério.

**Quadro 1. Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério**

Tarefas de desenvolvimento			
<b>Gravidez</b>	1º Trimestre	<b>Tarefa 1:</b> Aceitar a gravidez	Reavaliar e estruturar: <b>Tarefa 3:</b> a relação com os próprios pais <b>Tarefa 4:</b> a relação com o companheiro <b>Tarefa 6:</b> a sua própria identidade (para incorporar a identidade materna) <b>Tarefa 7:</b> a relação com o(s) outro(s) filhos(s)
	2º Trimestre	<b>Tarefa 2:</b> Aceitar a realidade do feto	
	3º Trimestre	<b>Tarefa 5:</b> Aceitar o bebê como pessoa separada	
<b>Puerpério</b>	Seis semanas após o parto (Aprox.)		

Fonte: (Canavarro, 2001, p. 38).

Esta divisão em seis (ou sete) tarefas é, nas palavras de Colman e Colman (1994), apenas uma construção artificial, dado que na vida real estas misturam-se e sobrepõem-se na vida das pessoas. A verdade é que quem explora cada uma destas tarefas, e lhe dá resposta, lida melhor com as exigências decorrentes da gravidez e da parentalidade (Colman & Colman, 1994).

### 1.3. As alterações fisiológicas e psicológicas da gravidez e o companheiro

Embora as alterações fisiológicas ocorram na mulher grávida, o marido/companheiro, ou seja, o futuro pai, vive-as de perto e passa por tudo isso com ela. O homem é, cada vez mais, a pessoa significativa que a mulher quer ter sempre do seu lado, durante a gravidez, parto e pós-parto, pelo que o futuro pai tem assim a oportunidade única de começar a sê-lo o mais precocemente possível (Colman & Colman, 1994; Kitzinger, 1978). Deste modo, podemos também encontrar alterações psicológicas no homem que acompanha a sua esposa/companheira dia após dia.

“Embora menos sistematicamente observados, o comportamento dos futuros pais apresenta espantosas modificações psíquicas e somáticas” (Garnier & Gondonneau, 1975, p. 105). Alguns homens chegam mesmo a apresentar sintomatologia somática através da síndrome de couvade<sup>3</sup>. Estes sintomas podem

<sup>3</sup> “Couvade deriva do verbo francês *couver*, que significa chocar ou incubar. O termo foi usado pela primeira vez por antropólogos para designar [um ritual] uma série de comportamentos interrelacionados, envolvendo regulações para o pai durante o parto. Frequentemente, exige-se que o pai observe certos padrões de descanso, restrições dietéticas e proibições de

variar entre queixas físicas leves, acessos de ansiedade, medos inexplicados, a outros mais graves, como compulsões durante a gravidez. “Aumento de peso, vômitos, mal-estar no estômago, perda de apetite, dor de dentes e até mesmo inchaço abdominal são as alterações físicas mais comuns” (Colman & Colman, 1994, p. 125), que, tal como os leves sintomas que as mulheres experienciam, alternam frequentemente com períodos de estabilidade emocional e sensações de bem-estar e desaparecem após a criança nascer. Segundo a antropóloga Sheila Kitzinger “(...) na civilização ocidental, o «síndrome de couvade», que, em geral, assume a forma de uma doença psicossomática, expressa a identificação do pai com a experiência pela qual a mulher está a passar e uma tentativa de a partilhar – através da ansiedade sobre o possível desenlace do trabalho de parto ou da inveja da função reprodutora da mulher” (1978, p. 79).

Colman & Colman (1994) defendem que “(...) à medida que nos familiarizarmos mais com os meios através dos quais os homens vivem a gravidez e a paternidade, estaremos aptos a ajudar mais homens a participar, abertamente, nos aspectos únicos destes nove meses exigentes e potencialmente realizadores” (p. 136).

#### **1.4. Repercussões da gravidez na sexualidade desse período**

Ao falarmos de repercussões da gravidez na sexualidade é necessário ter em consideração que estas podem ser devidas quer às próprias alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes da gravidez, quer à forma como a sexualidade na gravidez é perspectivada pela sociedade. De facto, se, por um lado, as mudanças físicas e psicológicas ao longo da gravidez influenciam inevitavelmente as respostas sexuais da mulher e do seu companheiro, por outro lado, a disposição social e o modo como o casal vivencia a sua sexualidade é uma experiência condicionada pela sua individualidade e pelo seu contexto social, que por sua vez é condicionado por um conjunto de crenças, tradições e mitos (Colman & Colman, 1994; Martins, 2007; Portelinha, 2003). De seguida abordar-se-à o impacto que todas as alterações

---

trabalhar” (Colman & Colman, 1994, p. 127).

fisiológicas da gravidez, anteriormente referidas, podem ter sobre a sexualidade do casal ao longo dos três trimestres.

#### **1.4.1. O impacto das alterações fisiológicas da gravidez na sexualidade**

Uma vez que durante a gestação, os órgãos genitais e os seios vão ser os alvos predilectos das hormonas, e sendo estes também os alvos preferenciais das respostas sexuais, alterações ao nível da sexualidade na gravidez acabam por ser inevitáveis e compreensíveis. Muitas outras estruturas mudam, desde formas que se arredondam até orifícios que se alargam, e tudo isto pode ter um efeito positivo ou negativo no relacionamento íntimo do casal (Colman & Colman, 1994; Garnier & Gondonneau, 1975; Portelinha, 2003).

##### **1.4.1.1. 1º Trimestre (0 - 12 semanas)**

Um dos primeiros sinais de gravidez é o aumento de volume e rigidez das mamas. Este aumento de tensão torna, por vezes, desconfortável ou mesmo doloroso o toque do companheiro. As alterações hormonais são também responsáveis pela tensão vaginal que pode tornar a penetração desconfortável ou dolorosa. A acrescentar a estes aspectos, as náuseas e os vômitos, assim como o cansaço, justificam uma diminuição do desejo e da resposta sexual. Os enjoos, que são, já por si, inibidores, podem ser provocados pela hipersensibilidade aos odores. Durante a gravidez até os cheiros normais do seu próprio marido/companheiro podem causar repulsa (Colman & Colman, 1994; Garnier & Gondonneau, 1975; Portelinha, 2003).

Quanto à dimensão emocional, a ambivalência e o cansaço, características do início da gravidez, podem afectar seriamente a relação de intimidade sexual. Para além disso, o medo de que as relações sexuais possam fazer mal ao feto ou à mulher terá implicações negativas no desejo e resposta sexual (Colman & Colman, 1994; Rynerson & Lowdermilk, 1996). As mulheres que focam a sua experiência na maternidade ou acreditam que o sexo tem como função principal a procriação tendem, do mesmo modo, a rejeitar a sua sexualidade nesta fase. Em contraste,



outras mulheres sentem um desejo sexual acrescido. O desejo e a capacidade orgásmica podem estar muito aumentados, fazendo-as sentir-se eróticas e libertas das preocupações anticonceptivas que tinham antes de engravidar (Colman & Colman, 1994). Como comprovaram Masters & Johnson (1968 *cit in* Portelinha, 2003), a maior parte das mulheres, após um período de diminuição da tensão sexual, experimentam uma intensificação do desejo perto do fim do primeiro trimestre. Esta tensão pode ser tal que algumas delas referem câibras (sensação de músculo preso), cefaleias (dores de cabeça) ou dores no baixo-ventre desencadeadas pelo orgasmo. A lubrificação vaginal aumenta, sobretudo nas múltiparas no final do trimestre. Em contrapartida, “(...) outras grávidas vivem a sua sexualidade como uma necessidade acrescida de ternura, de carinho e de sensualidade, procurando sobretudo o mimo e o abraço caloroso do companheiro” (Portelinha, 2003, p. 24).

Acerca das indicações clínicas nesta fase da gravidez, Garnier & Gondonneau (1975) afirmam que “(...) é actualmente evidente que o conselho duma abstinência absoluta nos três primeiros meses se revela duma imprudência excessiva” isto porque “a interrupção de todas as actividades sexuais também tem consequências nefastas, tanto no plano fisiológico como no plano psicológico” (p. 70).

#### **1.4.1.2. 2º Trimestre (13 - 27 semanas)**

Existe algum consenso entre os autores em considerarem o segundo trimestre como um período de calma, mais cómodo e confortável para a mulher. “O aumento da vascularização e o ingurgitamento das mamas, dos grandes lábios e da vagina continuam a aumentar a tensão sexual, facilitando a capacidade orgástica, e o desconforto pelo excesso de tensão observada no primeiro trimestre é atenuado” (Portelinha, 2003, p. 24). Segundo Masters & Johnson (1968 *cit in* Portelinha, 2003) a vasocongestão (tensão nos vasos) pélvica pode ser tal que provoca uma “tensão residual” que subjectivamente prolonga a excitação sexual. Segundo alguns estudos destes autores, referidos por Colman & Colman (1994), oitenta por cento das mulheres descreviam uma melhoria significativa nas relações sexuais neste

trimestre e algumas confessaram ter tido pela primeira vez nos seus casamentos experiências sexuais satisfatórias. Para além disso “(...) a mulher nesta fase torna-se mais exigente quanto à qualidade das suas experiências” e apesar dos receios que eventualmente possam sentir “(...) a necessidade elimina os medos” (Garnier & Gondonneau, 1975, p. 71-72). “Algumas mulheres declaram ter sentido, pela primeira vez, vários orgasmos durante uma mesma relação” e “(...) outras terão mais vezes recorrido à masturbação e a sua vida onírica ficará mais povoada de sonhos sexuais” (Garnier & Gondonneau, 1975, p. 72). Tendo em conta isto, Colman & Colman (1994, p. 144) defendem que “(...) durante esta fase da gravidez alguns casais alcançam auges sexuais novos, convertendo uma preocupação com o bebé que está a crescer, em intimidade física preciosa”. Na perspectiva destes autores, tal constitui uma vantagem oculta na gravidez que pode modelar a sexualidade de um casal, a qual poderá estender-se para o período após o nascimento do bebé (Colman & Colman, 1994). Contudo, outros factores podem interferir com as relações sexuais. Por exemplo, o facto de sentir o feto, embora não sendo prejudicial, pode psicologicamente impedir o relaxamento.

Na esfera psicológica, nesta fase a ambivalência inicial foi, regra geral, superada e há uma incorporação da imagem do feto, uma aceitação da maternidade e a mulher sente-se mais segura e feliz. Assim, esta é capaz de admirar o seu corpo e usufruir do prazer que este pode dar ao casal (Colman & Colman, 1994).

#### **1.4.1.3. 3º Trimestre (28 - 40 semanas)**

Este trimestre é o que compreende maior variabilidade, sendo que as diferenças se intensificam de caso para caso. “Certas mulheres continuarão a manifestar um interesse aumentado pela sexualidade. Em compensação, na maioria dos casos, nota-se uma nítida redução das relações sexuais relativamente ao segundo trimestre” (Garnier & Gondonneau, 1975, p.72-73).

Neste período, são muitos os aspectos que podem influenciar negativamente as relações sexuais, desde o grande volume do abdómen e aumento de peso, passando pela azia e dores musculares, até à saída de leite, provocada pela

excitação e/ou pelas fortes contracções uterinas após o orgasmo. Estas contracções levam a mulher a temer um parto prematuro devido ao coito. De qualquer forma, no último trimestre da gravidez, a tensão sexual mantém-se elevada, podendo mesmo vir a ser maior, devido à abundante lubrificação vaginal e ao aumento da pressão pélvica do útero que aumenta o tempo de resolução, prolongando o orgasmo. Tal como já se pode observar no final do segundo trimestre, a experiência orgástica pode incluir contracções tónicas do útero, as quais podem durar cerca de um minuto, são mais frequentes nas primíparas e podem ser acompanhadas por uma bradicardia (diminuição da frequência cardíaca) transitória do feto (Masters & Johnson, 1968 *cit in* Portelinha, 2003).

Os factores que têm mais impacto sobre o desejo sexual, durante o terceiro trimestre são a auto imagem corporal e o medo de magoar o bebé (Rynerson & Lowdermilk, 1996). Um outro aspecto a ter em conta é que “(...) o abdómen da mulher pode apresentar-se como um obstáculo intransponível para um casal cujas práticas sexuais foram sempre conservadoras” (Colman & Colman, 1994, p. 83). Para casais pouco inovadores, as relações sexuais podem tornar-se uma missão impossível e para outros mais conservadores ter de recorrer a outras formas de estimulação (nomeadamente manual, oral ou posições exóticas) pode trazer sentimentos de culpa e remorso.

Nesta fase, tornam-se mais frequentes as situações de contra-indicação médica para a prática de relações sexuais. No entanto, Garnier & Gondonneau (1975) alertam que estas só devem ser proibidas em casos muito particulares, uma vez que esta inibição pode, face a um estado de grande tensão sexual, vir a constituir um factor de frustração que pode agravar a ansiedade característica do final da gestação (Portelinha, 2003).

Quanto aos estudos relativos ao comportamento sexual da mulher grávida durante a gravidez, Trindade afirma que “(...) embora exista uma forte evidência de que existe uma diminuição da actividade sexual durante os nove meses da gravidez, os trabalhos publicados são ainda escassos e sujeitos a muita controvérsia” (Trindade, 1987, p. 84).

O quadro abaixo apresenta um resumo dos principais estudos efectuados nesta área e os seus resultados quanto à actividade sexual ao longo dos três trimestres de gravidez.

**Quadro 2. Frequência da Actividade Sexual na Gravidez**

Autor	Amostra	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Portelinha (1996)	210 Grávidas Portuguesas	• Ou ■	■ Ou ■	■ ■ Ou ■
Branco (1985)	87 Mulheres Portuguesas	=	■	■
Trindade (1984)	77 Multíparas, 20-35 anos	=	=	= Ou ■ ■
Reamy & White (1983)	52 Mulheres Casadas	■	■	■
Perkins (1979)	155 Mulheres	■	■	■
Lumley (1978)	30 Mulheres	■	■	■
Holtzman (1976)	25 Mulheres	■	■	■
Schebat (1976)	281 Mulheres Francesas	= Ou ■	■	■
Morris (1975)	110 Mulheres Tailandesas	■	■	■
Falicov (1973)	19 Primigrávidas	■	■	■
Solberg (1973)	260 Mulheres	■	■	■
Masters & Johnson (1966)	101 Mulheres	=	■	■
Landis (1950)	212 Mulheres Universitárias	■	■	■

Fonte: Quadro adaptado do original in (Trindade, 1987, p. 85-86).

A maioria dos estudos parece apontar para um padrão da sexualidade durante a gravidez que se traduz por uma diminuição progressiva da libido, da frequência, do coito e do orgasmo (Holtzman, 1976; Landis, 1950; Lumley, 1978; Morris, 1975; Perkins, 1979; Solberg, 1973). Contudo, outras investigações mostram que pode haver um aumento da actividade sexual durante o segundo período e um decréscimo no primeiro e terceiro trimestres (Falicov, 1973; Reamy & White, 1983). Outros autores, como Branco (1985), Trindade (1984), Masters & Johnson (1966) e Schebat (1976), encontraram nos seus estudos uma actividade sexual durante o primeiro trimestre semelhante à do período pré-natal. Podemos então concluir que, durante o primeiro trimestre, há uma tendência para as relações sexuais diminuírem, podendo também manter-se o padrão de antes de engravidar. Durante o segundo trimestre, o que oferece maior variabilidade na resposta, as relações sexuais podem manter-se, diminuir ou, até, aumentar. Durante o terceiro trimestre, que é o que

reúne maior consenso entre os investigadores, as relações sexuais tendem a diminuir de uma forma generalizada. Os resultados parecem então demonstrar que “A disposição do casal para manter relações sexuais durante a gestação, as necessidades afectivas de provas de amor e prazer sexual, as “performances” conseguidas e mesmo os eventuais riscos são considerados muito diversamente, respondendo a padrões individuais e alterando-se ao longo da gravidez” (Portelinha, 2003, p. 23).

#### **1.4.2. O impacto das alterações fisiológicas da gravidez na sexualidade e o companheiro**

“Se o comportamento sexual da grávida tem sido pouco estudado, menos autores ainda têm dedicado a sua atenção ao estudo das reacções dos maridos” (Trindade, 1987, p. 86). Mais uma vez, Masters & Johnson (1968 *cit in* Trindade, 1987) foram pioneiros ao interrogarem setenta e nove homens acerca do tema. Os seus resultados revelaram uma progressiva diminuição das tentativas, por parte dos companheiros, para iniciar qualquer actividade sexual com as mulheres a partir do segundo trimestre, ou mesmo antes, com receio de magoarem o feto ou a esposa. Quinze por cento destes maridos tiveram relações extra-conjugais durante este período. Nesta linha, Rynerson e Lowdermilk (1996) consideram que a diminuição do desejo sexual observada nos homens se devem a vários factores, como sejam o receio de magoar a mulher e/ou o feto, medo de que o feto possa magoar o seu pénis, sentir-se observado pelo feto durante o coito, crer que é imoral ter relações com uma mulher grávida, repulsa pelo corpo grávido e/ou necessidade de afastamento da companheira para resolver os seus problemas derivados da gravidez. Estes mesmos autores defendem que estes motivos constituem as justificações invocadas por alguns homens, durante o período da gestação, para se envolverem em relações extraconjugais, que habitualmente terminam depois do parto. Outros investigadores como (Bing, 1980; Bittman, 1980; Zalk, 1979 *cit in* Trindade 1987), “(...) encontraram homens que não notaram diferenças nos seus desejos em relação aos níveis de pré-gravidez e mesmo outros que se sentiam

excitados com o aspecto voluptuoso das suas mulheres grávidas, pelo aumento da intimidade emocional, aproximação e felicidade” (Trindade, 1987, p. 86).

### **1.5. Crenças e seu impacto sobre a sexualidade na gravidez**

Segundo o *Dicionário da Língua Portuguesa*, da Porto Editora (1998), crença é “(...) uma atitude de espírito que admite, em grau variável (certeza, convicção, opinião), uma coisa como verdadeira, uma opinião adoptada com fé e convicção” (p. 446). As crenças podem ser consideradas como uma forma de conhecimento, interiorizado a partir de hábitos de vida que representam um conjunto de formas de actuar, provocando formas de ser, permitindo assegurar a continuidade da vida (Colliérre, 1989). Também Durkheim considera que as crenças são sistemas de fé, determinantes das práticas. As crenças, na opinião deste autor, consistem em representações do sagrado e implicam ritos que determinam a acção (*cit in* Portelinha, 2003).

As crenças que têm como objecto a gravidez são frequentes, com raízes longínquas na história e são diversas de cultura para cultura. Muitos tabus e interdições resultam de especulações e preconceitos, de analogias feitas com o mundo animal e vegetal evocando leis da natureza. A título de exemplo, refira-se que as fêmeas (não humanas) prenhas abstêm-se sempre estritamente e que “Após a sementeira a terra deve ser deixada em repouso até à colheita” (Barbaut, 1990, p. 111).

Num estudo recente sobre crenças na gravidez em seis concelhos do distrito de Braga, Martins (2007) comprova a existência de inúmeras crenças que influenciam as práticas das grávidas, nomeadamente as relativas à sexualidade na gravidez. Trata-se de saberes transmitidos oralmente entre mulheres de geração em geração, que nas sociedades rurais prevalecem ao lado do saber científico. Martins (2007) encontrou que: apenas vinte e quatro por cento das mulheres declararam uma predisposição favorável à actividade sexual, embora, por vezes se tenha registado uma diminuição progressiva desta predisposição. Quanto às crenças, a autora descobriu que algumas delas assentam na convicção de que o feto vive, de

alguma forma, as emoções e sentimentos dos pais e constatou um enorme desconhecimento ou dúvidas infundadas relativas à sexualidade durante a gravidez (Martins, 2007). Outro estudo sobre a sexualidade na gravidez, realizado em Coimbra, que também focou os mitos e crenças na gravidez, revelou que a grande maioria de mulheres têm crenças favoráveis acerca das relações sexuais durante a gravidez pois acreditam, por exemplo, que essas relações contribuem para o bem-estar do feto, para a harmonia do casal e para um parto mais fácil. Contudo, persistem em algumas delas ideias inibidoras e medos, baseados em falsos conceitos e superstições (Portelinha, 2003).

Também do ponto de vista religioso, as relações sexuais são justificadas pela procriação e proscritas como forma de obter prazer. Nesta óptica, as relações sexuais durante a gestação têm um carácter transgressivo, pecaminoso e, se não se ultrapassar esta visão, transforma-se em tabu ou, no mínimo, em estereótipo. Algumas mulheres são condicionadas por estas convicções, mesmo que não conscientemente, e o seu novo papel de mãe, em potência, altera o significado do prazer sexual e provoca culpa e remorso (Colman & Colman, 1994).

O tema da sexualidade na gravidez é complexo e a forma como o casal vivencia esta experiência parece ser multideterminado. Assim, como conclusão e usando as palavras de Masters & Johnson (1966, *cit in* Trindade, 1987, p.86): “Muitos factores para além da biologia da gestação intervêm para determinar os padrões do comportamento sexual durante a gravidez. A maneira como a mulher sente a maternidade, a qualidade (ou ausência) do seu casamento, expectativas culturais, a atitude sexual pré-existente e outras considerações individuais são, sem dúvida, da maior importância. A presença de complicações médicas na grávida ou a preocupação com o abortamento ou complicações genéticas do feto, influenciarão também o componente sexual da sua vida.”

## **1.6. Síntese do capítulo**



A gravidez é um período de crucial importância na vida de um casal, ao ser simultaneamente uma meta e um novo recomeço e, por isso mesmo, muito exigente para ambos. De facto, a gravidez é considerada um dos maiores ritos de passagem da vida, daí que seja essencial que durante esta transição haja uma “crise”, num sentido positivo; de equacionar passado, presente e futuro para seguir em frente com confiança.

As alterações fisiológicas são as primeiras a desvendar a gravidez e trazem consigo um despoletar de alterações psicológicas que terão impacto a vários níveis da vida da grávida. Desde o seu bem-estar, à sua disponibilidade para trabalhar e à sua predisposição para as relações sexuais. Estas têm sido bastante estudadas, embora nunca consigam abarcar todas as dimensões (fisiológicas, psicológicas, sociais, laborais, conjugais, espirituais) que podem interferir na vivência e percepção das mesmas. A sexualidade tende a ser reduzida às relações sexuais na maioria dos estudos, quando na realidade este é um conceito bem mais abrangente, como se vai poder constatar no próximo capítulo. Assim, a sexualidade na gravidez revela-se como área de elevado potencial enquanto alvo da educação, nomeadamente da educação para a saúde. É seguindo esta linha de pensamento que se desenvolverá o próximo capítulo.

## Capítulo 2

---

### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ**

“Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções

e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

(Tones & Tilford, 1994, p.11)

## **CAPÍTULO 2 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ**

Neste capítulo, apresenta-se a Educação para a Saúde como uma área com potencial para ser aplicada ao período da gravidez. De seguida, faz-se um levantamento do que existe e do que se preconiza ao nível da Educação para a Saúde, nomeadamente da educação para a sexualidade na gravidez.

### **2.1. Educação para a Saúde**

O conceito de saúde e outros conceitos que lhe estão directamente associados, como o conceito de promoção de saúde e de educação para a saúde, têm vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos. Além disso, o conceito de saúde e de “ser saudável” varia de pessoa para pessoa, e numa mesma pessoa ao longo da vida. De facto, as ideias acerca de saúde são moldadas pelas experiências de vida, conhecimentos, valores e expectativas (Ewles & Simnett, 1999 *cit in* Carvalho & Carvalho, 2005).

Na conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) surge, pela primeira vez, uma definição de saúde positiva e posteriormente, na conferência de Ottawa (OMS, 1986), a Organização Mundial de Saúde, define a promoção da saúde como um processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la. A promoção da saúde melhora tanto a habilidade das pessoas para agir, como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar os determinantes de saúde (biologia, estilos de vida, ambiente e sistema de saúde) (OMS, 1997). “A tendência mais comum nos autores da especialidade é considerar-se que a educação para a saúde possui um vector intencional e planificador face a um grupo ou problema específico, enquanto a promoção da saúde se dirige aos contextos político e sócio económicos, em geral,

nas sociedades” (Oliveira, 2004, p. 46). Tones e Tilford (2001, p.11) afirmaram que a promoção da saúde corresponde à seguinte fórmula:

Promoção da Saúde = Educação para a saúde X Política de saúde.

Nesta linha, estes autores definiram, então, educação para a saúde como sendo “(...) toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida” (Tones e Tilford, 1994, p. 11). Nesta definição, estão patentes vários factores que influenciam as mudanças de decisão, como sejam os valores, as competências e os estilos de vida, os quais deverão ser tidos em conta em qualquer processo educativo. Além disso, os educadores para a saúde devem ter em conta que, para além da transmissão de conhecimento, será necessário um conjunto de apoios para uma mudança de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais (Carvalho, 2002). Só após trabalhar todos estes aspectos será possível presenciar mudanças efectivas e comprometidas em benefício da saúde (seja da sua - saúde individual - ou da dos outros - saúde colectiva).

A base da educação para a saúde é ensinar a aprender opções de vida saudáveis, que podem ir desde o controlo da sua doença crónica até ao crescimento do seu potencial de saúde, bem-estar e equilíbrio. Ora, para ensinar a aprender os educadores para a saúde têm, regra geral, de percorrer um percurso de quatro etapas: informar, ensinar, instruir, e treinar (CIPE<sup>4</sup>, 2005). Por informar entende-se “comunicar alguma coisa a alguém”; por ensinar compreende-se “dar informação sistematizada a alguém, sobre temas relacionados com a saúde”; por instruir entende-se “(...) fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa”; e por treinar compreende-se “desenvolver as capacidades de alguém

---

<sup>4</sup> CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

[ex: desenvolver a capacidade tátil num invisual] ou o funcionamento de alguma coisa [ex: fazer fisioterapia a um braço paralisado]” (CIPE, 2005). Se, para alguns indivíduos, bastará explicar como fazer uma dieta saudável, para outros, terá de ser feito o acompanhamento ao supermercado, a ajuda na elaboração das refeições e de uma dieta semanal, para alcançar o mesmo objectivo. Daí que se deve ter em conta o grau de formação e compreensão de quem se pretende educar, para se poder adequar a melhor estratégia de aprendizagem a essa pessoa, grupo ou comunidade.

Na realidade, a educação para a saúde pode servir-se de várias estratégias de formação: formal, informal e “educação ao longo da vida” (*life long learning* – expressão original proveniente da Declaração de Nairobi 1997<sup>5</sup>). A educação para a saúde formal e informal aparece ligada aos profissionais de saúde, embora qualquer indivíduo possa ser agente de educação para a saúde informal desde que transmita conhecimentos que visem a saúde. Um exemplo é o dos pais que, ao longo do crescimento dos filhos, lhes ensinam regras de higiene fazendo, por isso, uma educação para a saúde ao longo da vida (Carvalho & Carvalho, 2006; Oliveira, 2004).

A educação para a saúde tanto se pode considerar um ramo da educação, como uma área da saúde, o certo é que todos os que educam para a saúde são efectivamente educadores para a saúde e devem respeitar princípios éticos como em qualquer outra área. Assim, Redman afirma que “(...) a ética exige que os profissionais sejam competentes na educação para a saúde, evitando os danos que esta prática pode fazer (tal como confusão debilitante ou perda de autoconfiança), e o exame sério das razões dos utentes ou membros da família para mudar crenças e práticas que frequentemente implicam grandes sacrifícios” (Redman, 2003, p. 3). Tal deverá ser feito independentemente de preconceitos de género, etnia ou idade e adequado a utentes com vários níveis de educação formal. Ainda sobre a postura de

---

<sup>5</sup> Nesta declaração a educação é considerada um processo único (e não faseado por etapas cronológicas) que engloba a educação formal (a que é certificada, usualmente a de carácter escolar), não formal (que ocorre em instituições com carácter educativo não escolar e usualmente não certificado: associações de carácter cívico, humanitário, desportivo, grupos de auto-ajuda, centros de saúde, por exemplo) e informal (ocorre quotidianamente, sobretudo nos contextos a que estamos acoplados, como a família e o grupo de amigos. Assim, a educação é definida pela “criação de condições” para que cada pessoa possa desenvolver total e harmoniosamente todas as suas capacidades, e as coloque ao serviço das comunidades.

qualquer especialista que pretenda movimentar-se no âmbito da educação para a saúde, Oliveira (2002) afirma que este “(...) terá que possuir uma postura pedagógica de humildade e de co-construção com as pessoas com as quais interage. Essa postura fornecerá – por si só – muita saúde a todos os intervenientes (incluindo ao profissional)” (Oliveira, 2002, p. 45).

A educação para a saúde é uma área em expansão e evolução compreendida, agora, como parte essencial para alcançar resultados adequados em saúde; é integrada ao longo dos cuidados aos indivíduos e grupos em todos os sectores e contextos.

A mudança nos cuidados de saúde tem incentivado a introdução da educação para a saúde nos cuidados ao utente, no sentido de uma maior responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde. Na verdade, a educação para a saúde traz vantagens a vários níveis, para os indivíduos que ganham mais e melhor saúde e para a comunidade que poupa imensos recursos (humanos e económicos) no tratamento de doenças muitas delas evitáveis se adoptados comportamentos saudáveis (Oliveira, 2004).

## **2.2. Educação Sexual enquanto parte integrante da Educação para a Saúde**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “**Sexuality** is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors” (WHO, 2006, p. 5). Associado ao conceito de sexualidade, surge uma outra noção, a de saúde sexual, a qual aparece com a progressiva valorização da sexualidade e o reconhecimento

de que esta constitui uma necessidade individual básica (enquanto pessoa - para a sua saúde) e humana (enquanto espécie - para a sua reprodução) (Vellay, 1998). Mais uma vez, e nas palavras da OMS, “**Sexual health** is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled” (WHO, 2006, p. 5).

A OMS definiu ainda os direitos sexuais e reprodutivos que são:

- (1) direito à vida;
- (2) direito à liberdade e segurança da pessoa;
- (3) direito à igualdade, ou seja, direito a estar livre de todas as formas de discriminação;
- (4) direito à privacidade;
- (5) direito à liberdade de pensamento;
- (6) **direito à informação e educação;**
- (7) direito de escolher casar ou não e de constituir e planejar família;
- (8) direito de decidir ter ou não ter filhos e quando os ter;
- (9) direito aos cuidados e protecção da saúde;
- (10) direito aos benefícios do progresso científico;
- (11) direito à liberdade de reunião e participação política
- (12) direito a não ser sujeito a tortura e a tratamento desumano ou degradante (Federação Internacional de Planeamento Familiar, 1999).

Devemos ter em conta que “(...) as questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos fazem parte da temática mais ampla dos direitos humanos” (Corrêa, Jannuzzi, & Alves, 2003, p. 2).

Um outro conceito fundamental é o de **Saúde sexual e reprodutiva** que engloba, a definição de saúde sexual e acrescenta os direitos à reprodução e à informação sobre a mesma. Desta forma, “A saúde reprodutiva é um estado de



completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados (...) [nomeadamente sobre] saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações interpessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis” (OMS, Conferência do Cairo, 1994 *cit in* Corrêa *et al*, 2003, p.8).

Todos estes conceitos e direitos aqui desenvolvidos são relativamente recentes e “(...) representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais” (Corrêa *et al*, 2003, p. 1).

Em Portugal, a Direcção Geral de Saúde (DGS) tem desenvolvido alguns documentos que mencionam a saúde reprodutiva, mas que muito raramente abordam a saúde sexual, como é o caso do documento intitulado Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (Direcção-Geral da Saúde, 1998). Este documento menciona apenas um objectivo relacionado com a sexualidade: “Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura” (Direcção-Geral da Saúde, 1998, p.6). Quando se analisa o documento, constata-se que apenas dá orientações específicas sobre os métodos contraceptivos. Ao contrário do que a própria definição de saúde sexual e reprodutiva preconiza, este documento aborda apenas cada método contraceptivo, as suas vantagens e as desvantagens. Este documento não desenvolve o tema da sexualidade, não dá orientações de implementação, não menciona recursos para encaminhamento ao nível sexual e não dá sugestões de como os profissionais de saúde se possam formar nesta área.

Um outro documento da DGS (2004) é o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 que, na mesma linha do anterior, preconiza cuidados centrados na família e no ciclo de vida, enfatiza a necessidade de fornecer informação aos cidadãos para que possam fazer escolhas esclarecidas, prevê continuar a reforçar a saúde sexual e

reprodutiva e a promoção de comportamentos saudáveis durante a gravidez, e quer que se dê mais atenção aos problemas das mulheres na sua vida adulta produtiva (25-64 anos). Embora seja positivo verificarmos que estes objectivos deram um salto qualitativo pois centra-se na família (e não no indivíduo) e no ciclo de vida (e não em etapas de vida estandardizadas), no entanto, também neste documento não se avança com estratégias de implementação de tudo o que se preconiza.

Um outro tema que tem sido muito debatido é o da educação sexual nas escolas. Em 2005, foi criado no Ministério da Educação pelo despacho nº 19 737/2005 (2ª série) um grupo de trabalho, coordenado pelo Doutor Daniel Sampaio, com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde escolar. Deste estudo realizado por todo o país, em várias escolas do 1º, 2º e 3º ciclos resultou um relatório preliminar. Neste documento, a educação sexual, também designada por educação para a sexualidade, é definida como “(...) o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual” (Sampaio, Baptista, Matos, & Silva, 2005, p. 6). Após analisar a realidade nacional e estrangeira ao nível da educação sexual, este grupo de trabalho, faz uma proposta e explica como colocar em prática a educação sexual nos currículos escolares. Nessa proposta, a educação para a saúde é dividida em diversos temas adequados ao ciclo de estudos, sendo realçada a importância da formação dos professores, da formação de pares (serem alunos com orientação e formação os agentes educativos dos mais novos), o trabalho em parceria com as famílias e com os cuidados de saúde primários – centros de saúde – e diferenciados – hospitais.

Na última década, a educação sexual tem vindo a ser integrada numa dinâmica promotora de saúde, sugerindo uma abordagem integrada numa perspectiva mais abrangente de educação para a saúde. Num recente documento da OMS, é feita uma avaliação da educação sexual em cada um dos países da união europeia. A avaliação de Portugal é a seguinte: “The modernization of Portugal in recent decades brought new values, and as a result Portuguese society is now an open

society where the Catholic Church is more a symbolic and cultural reference for the majority of the population, rather than an effective influence on sexual attitudes and behaviours. Acceptance of sexuality education is increasing among parents, young people, teachers and health professionals. Official policies, however, do not totally correspond to this increased acceptance” (WHO-IPPF, 2006, p. 73).

### **2.3. Educação para a Saúde na Gravidez**

A educação para a saúde na gravidez surgiu da necessidade dos casais obterem informações sobre como agir durante a gravidez (para que um bebé saudável possa nascer); preparar-se para o trabalho de parto e subsequente parentalidade. Se antigamente as mulheres tinham nas outras mulheres os seus referenciais de saber e se preparavam para o parto com rezas, óleos e promessas, cumprindo rituais e tradições, actualmente esta necessidade de se preparar mantém-se (Bobak *et al.*, 1999; Couto, 2003; Joaquim, 1983, Martins, 2007; Perigo, 1961). Assim, Patterson, Freese e Goldenberg (1990) afirmam que “(...) muitas mulheres, especialmente nulíparas [ainda não pariram], preparam-se activamente para o parto. Lêem livros, vêem filmes, vão a aulas de preparação e falam com outras mulheres (mães, irmãs, amigas, outras). Procuram o melhor profissional para aconselhamento, vigilância, e cuidados” (*cit in* Bobak *et al.*, 1999, p. 120).

#### **2.3.1. O estado actual da Educação para a Saúde na Gravidez**

A educação para a saúde na gravidez e a assistência perinatal que existe é diferente de país para país na união europeia, de acordo com as culturas, com as políticas e as necessidades detectadas. Um formato comum a vários países é o de preparação para o parto, que é definido por Ankrett (1992) como um “(...) programa de sessões educacionais para a mulher grávida e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto.” (Ankrett, 1992, p. 847). Esta preparação pode iniciar-se no segundo ou terceiro trimestres, pode incluir sessões teóricas e práticas e pode incluir sessões com grupos de grávidas. Note-se que a preparação

para o parto, no sentido estrito da palavra, só se justifica e preconiza quando se deseja um parto natural, pois implica a aprendizagem de técnicas de relaxamento para o controlo da dor durante o trabalho de parto (Couto, 2003; Redman, 2003).

Um dos formatos utilizados na educação para a saúde na gravidez, em Inglaterra é o de aulas semanais num serviço comunitário que aborda os seguintes temas: “(a) manutenção de saúde: prevenção de infeções do tracto urinário, exercícios de Kegel<sup>6</sup> (exercícios do soalho pélvico) e exercício físico geral, tabaco e ingestão de álcool, uso de medicação e nutrição; (b) controlo da gravidez e parto: sinais de complicações, desconfortos da gravidez, complicações potenciais da gravidez, plano de nascimento, reconhecimento do trabalho de parto e parto pré-termo e preparação para o parto; (c) ser pais, bem como cuidados pós-parto e cuidados ao bebé: preparação dos pais para o nascimento, preparação da alimentação da criança, incluindo amamentação, circuncisão e cuidados ao coto umbilical, bem como outros assuntos” (Redman, 2003, p. 171).

Em Portugal, os modelos de educação para a saúde na gravidez são: as aulas de preparação para o parto (que devem ser ministradas por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica), e a educação para a saúde que se preconiza que se faça nas consultas de vigilância da gravidez nos centros de saúde (realizadas por enfermeiras, generalistas e/ou especialistas). A defesa da educação para a saúde na gravidez é feita através do Decreto-Lei nº 194/96 de 16 de Outubro<sup>7</sup>, que institui que a grávida tem direito a dispensa do trabalho sem perda de direitos nem regalias para consultas pré-natais e preparação para o parto (equiparada a consulta pré-natal) sempre que estas consultas não possam ser frequentadas em horário pós-laboral. Contudo, muitas entidades patronais

---

<sup>6</sup> Os exercícios de Kegel ou pubococcígeanos são um método de exercício para fortalecer os músculos do períneo e devem ser iniciados imediatamente após o parto para ajudar os músculos pélvicos a retomarem a seu funcionamento normal (Bobak *et al.*, 1999).

<sup>7</sup> Revoga o Decreto-Lei n.º 135/85, de 3 de Maio, e regulamenta as últimas alterações à lei da maternidade e da paternidade introduzidas na Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, pela Lei n.º 17/95, de 9 de Junho.

continuam a não permitir ou dificultar o acesso à preparação para o parto<sup>8</sup> e o marido/companheiro ainda não tem legalmente direito a essa mesma dispensa.

Os  cursos de preparação para o parto  estão defendidos na Lei 4/84 de 5 de Abril que alega que estes devem ser parte integrante dos cuidados de saúde. Contudo, só agora se começam a implementar estes cursos de preparação para o parto nos centros de saúde e hospitais para que todas as grávidas, e eventualmente os seus companheiros, possam ter acesso aos mesmos. O que se verificava anteriormente, era que estes cursos existiam apenas em instituições de saúde privadas, ou, muito esporadicamente, em instituições públicas com algum profissional empenhado, que desenvolvia esse trabalho voluntariamente ou através de algum projecto financiado. Os principais métodos de ensino, de entre outros, usados nos cursos de preparação para o parto são: o método de Dick Read ou método de parto natural; o método Lamaze ou método psicoprofilático e o método Bradley ou método assistido pelo marido (Bobak *et al.*, 1999). Apesar das diferenças teóricas, os três têm semelhanças: informação sobre os processos de trabalho de parto, algum tipo de preparação física, e a crença no apoio, constante e competente, durante o trabalho de parto (Couto, 2003). O método mais usado em Portugal é o de Lamaze ou psicoprófilático, que se baseia na respiração, especialmente a que deve ser praticada durante as primeiras fases do trabalho de parto, de acordo com a teoria de que a percepção da dor, em cada contracção uterina, resulta em grande parte, de um reflexo condicionado (Couto, 2003). Nestas aulas são abordados vários temas, mas na bibliografia encontrada a sexualidade na gravidez não é referida como um tema a ser discutido. É importante especificar que estas aulas estão a cargo das “parteiras”, que no caso Português, correspondem a enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica. Segundo algumas enfermeiras que leccionam estas aulas, a inclusão ou não do tema da sexualidade na gravidez fica ao critério da enfermeira formadora. Este critério prende-se com factores de ordem

---

<sup>8</sup> “Eu já lecciono há alguns anos e o que acontece é que a maioria das grávidas tem imensa dificuldade em obter dispensa laboral para a frequência das aulas, que normalmente tem horário diurno. Só que faz parte da legislação de protecção à maternidade a grávida ter direito à dispensa para se deslocar às consultas pré-natais e à preparação para o parto. O que acontece é que a maior parte das entidades patronais não as dispensa, e se o fazem acabam por, de uma ou de outra forma, pressioná-las para não faltarem”, explicou Rosa Vilarinho, enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica” (Vilarinho, 2003).

académica (conhecimentos e competências para abordar o tema) ou de ordem pessoal (à-vontade para abordar o tema).

As consultas de vigilância da gravidez visam o acompanhamento da grávida. Este seguimento pode ser feito nos centros de saúde<sup>9</sup>, ou hospitais e maternidades gratuitamente; visa a promoção da saúde da mulher; engloba actividades como aconselhamento, dádiva de informação, e educar para a saúde; e onde os profissionais de saúde têm um papel preponderante (Martins, 2007). A Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1998), no que respeita à vigilância pré-natal e revisão do puerpério divulgou o seguinte esquema de vigilância da gravidez (Quadro 3).

---

<sup>9</sup>Muitos casais optam por fazer o seguimento da gravidez em clínicas médicas privadas especializadas.

**Quadro 3. Esquema de vigilância na gravidez**

<b>PROGRAMA DE</b>	<b>ACTIVIDADES (Elementos a recolher e a avaliar)</b>
<b>CONSULTAS</b>	
<b>8 a 12 semanas</b>	História clínica e factores de risco
<b>(1º Trimestre)</b>	Exame ginecológico com palpação mamária
	Informação alimentar e de saúde
	Informação sobre a necessidade de registo, pela grávida, da data dos primeiros movimentos fetais
	Pedido de exames laboratoriais
	Início do preenchimento do boletim de saúde da grávida
<b>18 a 22 semanas</b>	Confirmação do tempo de gestação (exame ecográfico)
<b>(2º Trimestre)</b>	Auscultação do foco fetal
	Registo dos primeiros movimentos fetais sentidos pela grávida
	Avaliação dos exames pedidos
	Eventual suporte vitamínico-mineral
<b>28 a 32 semanas</b>	Continuação da vigilância do bem-estar materno-fetal
<b>(3º Trimestre)</b>	Evolução da tensão arterial, aumento uterino, peso, movimentos fetais e foco
	Repetição das rotinas laboratoriais
<b>36 a 40 semanas</b>	Avaliação das condições para o parto em função do grau de risco e da
<b>(3º Trimestre)</b>	distância hospitalar
	Informação sobre contracepção e importância da consulta da revisão do puerpério

Fonte: (Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1991, p. 4 ).

Neste mesmo documento abordam-se sucintamente os tópicos de educação para a saúde que devem ser abordados durante o período pré-natal. Há referência às relações sexuais e pode ler-se que “(...) não há restrições desde que não existam contracções ou perdas hemáticas por via vaginal”, fazendo-se também a recomendação aos profissionais de saúde para “(...) integrar na acção educativa outros membros da família e, particularmente o marido” (Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1991, p. 7). Embora sejam estas as directrizes, Martins (2007) verificou que as mesmas, por vezes, acabam por não ser postas em marcha. Esta autora que também entrevistou enfermeiros no seu estudo sobre mitos e crenças na gravidez, concluiu que “(...) os enfermeiros embora considerem a educação para a saúde como fundamental no âmbito da consulta de vigilância pré-

natal, não conseguem pôr em prática aquilo que dizem considerar importante” (Martins, 2007, p. 259).

### **2.3.2. Directrizes relativas à Educação para a Saúde na Gravidez**

Em termos de educação para a saúde na gravidez, há directrizes claras quanto ao período temporal de acompanhamento, quanto ao número de pessoas envolvidas no acompanhamento e quanto à designação atribuída.

#### **2.3.2.1. Período temporal de acompanhamento**

Quanto ao período temporal de acompanhamento, Redman (2003) defende que a educação para a saúde na gravidez deveria ter início antes mesmo da concepção, continuar ao longo da gravidez e estender-se até três meses após o parto. Não obstante, segundo a mesma autora, as aulas do segundo trimestre são raras e pouco acessíveis e a maior parte do ensino pré-natal concentra-se todo no terceiro trimestre, sob a designação de sessões/aulas de preparação para o parto. Tal prática resulta em muita informação num curto espaço de tempo, o que geralmente não permite a obtenção de resultados tão satisfatórios como quando a informação é transmitida de uma forma doseada ao longo de um período maior de acompanhamento. Assim sendo, Redman (2003) apresenta um plano de ensino pré-natal que inclui a pré-concepção e os trimestres, alertando que, para além deste plano, podem ser feitas aulas especiais para grávidas adolescentes, primíparas com mais de 35 anos de idade, pais adoptivos, grávidas com cesariana programada ou um parto vaginal após cesariana, irmãos, avós e/ou outros. Com base em problemas detectados, na população de mulheres grávidas, podem desenvolver-se programas específicos de educação para a saúde com vista à sua resolução. Exemplo disto é o programa Holandês intitulado “Resourse Mothers” para mulheres com fenilcetonúria<sup>10</sup> materna que incidiu sobretudo em mulheres de baixo estatuto

---

<sup>10</sup> A fenilcetonúria ou PKU (abreviatura do inglês Pheylketonuria) é um defeito hereditário caracterizado pela ausência ou deficiência de uma enzima, tendo como consequência a alteração de uma via metabólica específica. O feto parece estar sob risco com apenas elevações mínimas dos níveis de fenilalanina sanguíneos maternos e, quanto mais altos os níveis, mais severo será o efeito, demonstrando que o dano decorre não só da constituição genética, mas do efeito teratogénico da fenilalanina elevada. Assim, é obrigatório instituir a restrição alimentar do aminoácido em questão em mulheres com fenilcetonúria que desejam engravidar, e continuá-la durante toda a gestação.



socioeconómico (embora as de maiores recursos também fossem incluídas). Na população estudada, mais de oitenta por cento das grávidas tinham níveis metabólicos inadequados, de modo que este programa incluiu quarenta horas de ensino e visitas domiciliárias a fim de desenvolver capacidades para cozinhar, fazer compras, planear refeições e preparar a chegada da criança.

Outras vantagens dos cursos de preparação para o parto incluem a redução significativa da percepção da dor durante o trabalho de parto (Crowe & Von Baeyer *cit in* Bento, 1992) e uma melhor interacção com o bebé no pós-parto (Redman, 2003) Tal evidência empírica corrobora a hipótese de que as sessões ou aulas de educação para o parto, apesar de insuficientes, trazem benefícios a longo prazo. Pode-se deduzir das afirmações de Redman que, se a educação para a saúde começasse antes da concepção, se prolongasse durante a gravidez e continuasse no pós-parto muitos mais benefícios poderiam advir para o casal e o bebé.

#### **2.3.2.2. Número de pessoas envolvidas no acompanhamento**

Quanto ao número de pessoas envolvidas na educação para a saúde na gravidez, cada vez mais autores defendem um envolvimento do companheiro e da família de apoio (avós, irmãos, padrinhos, tios, entre outros). Educar também a família é duplamente vantajoso, pois permite a responsabilização e o envolvimento da família de apoio e dá-se à grávida (e ao seu companheiro) um referencial de apoio e cuidado que se pode e deve prolongar no pós-parto e pela vida fora (Couto 2003; Martins, 2007; Redman, 2003).

A presença do companheiro, em particular, é muito importante nos cursos de preparação para o parto, pois ele pode “(...) compreender melhor a sua mulher e tomará consciência da sua futura paternidade, vivendo a gravidez como sua e não como algo que só diz respeito a ela” (Couto, 2003, p. 50-51). O mesmo autor reforça ainda a importância desta presença justificando que, se o companheiro também conhecer as técnicas de relaxamento, pode lembrá-las, e aplicá-las com a grávida durante o trabalho de parto, fazendo deste processo em equipa. E “(...) uma vez que o parto é o culminar da gravidez, parece correcto que a experiência da gravidez

devesse acabar tal como começou, num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma nova vida” (Colman & Colman, 1994, p. 152).

A educação para a saúde na gravidez, alargada à família, revela-se da maior importância diante de algumas evidências de que as mulheres possuem *deficits* transitórios da função cognitiva no período pós-parto, especialmente no que se refere à função da memória e à atenção (causados pelo *stress* do trabalho de parto e parto) (Redman, 2003). Assim, se a mulher no pós-parto imediato não é capaz de assimilar e processar informação, devem ser encontradas estratégias para superar esta limitação materna. Exemplos disso são a educação para a saúde durante a gravidez (e não no pós-parto imediato) e o ensino também do companheiro e de outras pessoas significativas da rede de apoio da grávida.

#### **2.3.2.3. Designação atribuída ao acompanhamento**

Tem-se assistido a uma tendência de alteração da designação de “preparação para o parto” para a nova terminologia: “preparação para a parentalidade” e a alteração da designação de “cursos” para “programas” (sendo este um termo de maior amplitude), de modo a abarcarem todas as mudanças anteriormente referidas e ainda a preparação para a maternidade e paternidade. Embora a bibliografia nacional acerca deste assunto seja relativamente escassa e se estejam a desenvolver estudos sobre esta temática (nomeadamente por Martins na Universidade do Minho), encontramos alguns livros que usam e definem parentalidade como o livro organizado por Leal (2005). Assim sendo, “(...) a parentalidade (do latim *parentâle*) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspectiva antropológica designa os laços de aliança, filiação, etc.” (Bayle, 2005, p. 322). Se outrora a preparação para a parentalidade (maternidade e paternidade) era feita progressivamente no seio das famílias de origem, com o cuidado às crianças da família, e o acompanhamento perinatal da gravidez de

alguma mulher de família, actualmente esta preparação pode ser bem mais complexa. Os futuros pais podem não ter tido nenhuma preparação e sentirem-se completamente desprotegidos, pelo que surge, deste modo, a necessidade de uma preparação para a parentalidade, que prepare o casal para os seus futuros papéis de mãe e pai. O ideal, como já foi referido anteriormente, era que toda a educação para a saúde na gravidez, visasse o casal, tendo início no período pré-concepcional e estendendo-se ao longo de toda a gravidez e pós-parto. Na opinião do Doutor Germano Couto, deveria existir em Portugal, não preparações para o parto, mas uma preparação para a parentalidade. Isto exigiria uma grande abertura dos profissionais de saúde e uma mudança de paradigma no atendimento à grávida e ao seu companheiro. A preparação para a parentalidade deveria ser uma partilha de experiências entre grávidas, entre casais e a família de suporte envolvente que incluísse a educação para a saúde formal e incentivasse os casais a fazer a sua busca de informação informal, quer em livros, revistas, Internet ou colegas e amigos.

#### **2.4. Síntese do capítulo**

“Durante a gravidez a mulher vai necessitar de recorrer várias vezes aos serviços de saúde para uma vigilância e acompanhamento adequado durante as quarenta semanas de gestação. Este período, embora natural, requer cuidados especiais tendo em vista o desenvolvimento adequado da gravidez, um parto sem complicações e o nascimento de uma criança sem problemas de saúde” (Martins, 2007, p. 94). Este é um período de aprendizagem, quer para o homem, quer para a mulher, de tudo o que envolve a parentalidade e o casal apresenta-se deste modo, ávido de saber. Esta motivação para a aprendizagem deve ser conjugada com a vontade de ensinar dos educadores de saúde.

Embora não se encontre documentação específica em que se recomende e se inclua a sexualidade na gravidez como um tema ou área a abordar e desenvolver durante a gravidez; a documentação realça a importância da educação para a saúde durante a gravidez, na qual a sexualidade está incluída.



## PARTE II

---

### INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

## Capítulo 3

---

### OBJECTIVOS E MÉTODO

“(...) Estamos perante um período de desafios acentuados à coerência teórica, à capacidade de dar sentido e de integrar múltiplos dados e resultados, à luz do que existe, do vasto património teórico e empírico. Esta abertura e diversidade traz novas questões, põe em cena velhas questões, coloca dúvidas onde pareciam estar certezas. É por aqui que a ciência avança.”

(Soares, 2002, p. 77)

## **CAPÍTULO 3 – OBJECTIVOS E MÉTODO**

Neste capítulo, será apresentado o estudo exploratório sobre a sexualidade na gravidez em mulheres grávidas e seus companheiros. Começaremos por apresentar os objectivos gerais do estudo e, em seguida, caracterizaremos a nossa amostra. Em terceiro lugar, descreveremos o instrumento de recolha de dados concebido no âmbito deste estudo e, por fim, e enunciar-se-ão os procedimentos envolvidos.

### **3.1. Objectivos**

Este estudo quantitativo tem como objectivos principais:

- (i) Caracterizar as atitudes relativas à sexualidade em mulheres grávidas e seus companheiros;
- (ii) Comparar as atitudes relativas à sexualidade na gravidez das grávidas face aos seus companheiros;
- (iii) Estudar os comportamentos sexuais em mulheres grávidas e seus companheiros durante a gravidez;
- (iv) Avaliar as necessidades de formação, ao nível da sexualidade, em mulheres grávidas e seus companheiros;
- (v) Propor linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas de formação ao nível da sexualidade a implementar junto de mulheres grávidas e seus companheiros.

### **3.2. Participantes**

Vinte e sete grávidas e respectivos companheiros participaram na investigação. Duas mulheres entregaram o questionário sem o dos respectivos companheiros, tendo sido excluídas da amostra. Dado que inicialmente foram entregues



questionários a 78 casais, no nosso estudo obtivemos uma taxa de resposta de 34.6%.

No Quadro 4 apresentam-se as características sócio-demográficas da amostra.

**Quadro 4. Características sócio-demográficas da amostra**

	<b>Grávidas (N= 27)</b>	<b>Companheiros (N= 27)</b>
<b>Idade</b>	Média = 29.93 anos (D.P.= 2.99)	Média = 31.89 anos (D.P.= 2.65)
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Escolaridade</b>		
Até ao 9º ano	0 (0)	2 (7.4)
9º-12º ano	4 (14.8)	9 (33.3)
Licenciatura	21 (77.8)	15 (55.6)
Mestrado/Doutoramento	2 (7.4)	1 (3.7)
<b>Profissão</b>		
Grau 1	23 (85.2)	15 (55.6)
Grau 2	2 (7.4)	5 (18.5)
Grau 3	2 (7.4)	1 (3.7)
Grau 4	0(0)	5 (18.5)
Não responde	0(0)	1 (3.7)
<b>Estado Civil</b>		
Solteiras/os		1 (3.7)
Casadas/os/União de facto		26 (96.3)
<b>Aglomerado Residencial</b>		
Urbano	17 (63.0)	16 (59.3)
Peri-urbano	6 (22.2)	6 (22.2)
Rural	4 (14.8)	4 (14.8)
Não responde	0(0)	1 (3.7)
<b>Religião</b>		
Católica	24 (88.9)	22 (81.5)
Sem convicções religiosas/espirituais	1 (3.7)	5 (18.5)
Outra orientação religiosa/espiritual	1 (3.7)	0(0)
Não responde	1 (3.7)	0(0)

A média de idade das mulheres é ligeiramente mais baixa (29.93 anos, D.P.= 2.99) do que a dos seus companheiros (31.89 anos, D.P.= 2.65).

No que toca à escolaridade, esta é uma amostra instruída, dado que a maioria das mulheres (77.8%) e seus companheiros (55.6%) possuem a licenciatura. Consideramos, por isso, tratar-se de uma amostra de nível sócio-cultural médio/elevado.

A profissão escalonada por graus segundo a Classificação de Graffar (Graffar, 1956) apresenta-nos a amostra situada maioritariamente no grau 1<sup>11</sup> dessa mesma classificação.

No que diz respeito ao estado civil dos casais participantes, 26 (96.0%) são casados ou vivem em união de facto e apenas num caso (3.7%) os membros do casal são solteiros.

A maioria da amostra é proveniente de zonas urbanas. Em termos de religião, a maioria das grávidas (88.9%) e dos seus companheiros (81.5%) professam a religião católica.

### **3.3. Instrumento**

Para a recolha de dados foi concebido um questionário com duas versões: versão Feminina (ver Anexo 1) e versão Masculina (ver Anexo 2).

Em ambas as versões, o questionário é composto por três partes distintas.

A primeira parte inicia-se por um grupo de questões relativas a variáveis sócio-demográficas e culturais, contendo ainda um conjunto de questões acerca da história obstétrica e uma grelha de avaliação da felicidade conjugal.

A segunda parte refere-se à experiência sexual durante a gravidez e inclui questões relacionadas com a sexualidade bem como com as crenças relacionadas com as relações sexuais na gravidez.

A terceira e última parte reporta-se a questões relacionadas com a educação, onde se questiona o casal se tem/teve informação/formação sobre sexualidade durante a gravidez e como gostaria de receber essa informação.

O questionário termina com uma pergunta aberta para o/a participante descrever/caracterizar a sexualidade na gravidez.

Cada questionário tem um tempo médio de preenchimento de dez minutos.

---

<sup>11</sup> Segundo a Classificação de Graffar no grau 1 situam-se os directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.

### **3.4. Procedimento**

#### **3.4.1. Estudo Piloto**

Uma vez que o questionário foi desenvolvido no âmbito deste projecto de investigação, começámos por fazer um estudo piloto do referido instrumento de avaliação. O objectivo deste estudo prévio era o de pedir a colaboração de uma pequena amostra que reflectisse a diversidade da população no preenchimento do questionário desenvolvido. Esta pequena etapa constitui uma tentativa de verificar se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e se solicita o tipo de informação que se deseja (Fortin, 1999). Assim, o questionário foi administrado a três casais em condições de inclusão na amostra. No final do preenchimento do questionário, foi feita uma reflexão falada com os participantes para averiguar quais as dificuldades sentidas na sua compreensão e preenchimento, e eventuais questões mais delicadas inerentes ao tema em questão. Este estudo permitiu efectuar pequenos ajustes no questionário, de modo a promover a sua melhor compreensão, maior adesão e mais elevada taxa de resposta (em todas as questões) de todos os intervenientes (mulheres grávidas e seus companheiros) e de todos os níveis sócio-económicos.

#### **3.4.2. Estudo propriamente dito**

Para a recolha de dados, foi pedida a colaboração de duas clínicas privadas de preparação para o parto, as quais, de imediato, acederam à solicitação e se disponibilizaram para apoiar a investigação. O centro de preparação para o parto “Barriguita Mágica” e a clínica de Santa Tecla foram os dois locais onde se recrutaram os participantes deste estudo. Foram incluídos no estudo casais expectantes em que ambos aceitaram participar no estudo, condição previamente definida no âmbito deste projecto.

As enfermeiras responsáveis por estas aulas foram as intermediárias na entrega e recolha dos questionários, o que garantiu, logo à partida, uma maior adesão por parte dos casais. Todos os participantes foram informados do propósito da investigação e da garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Para além disso, todos preencheram uma folha de consentimento. Houve ainda o cuidado de pedir aos participantes que preenchessem o questionário individualmente, ou seja, sem a colaboração do companheiro/a.

A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Novembro de 2007.

Para o tratamento estatístico dos dados, recorremos ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 15.0.

## Capítulo 4

---

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

“O meu filho gosta de andar de baloiço”

(Testemunho de uma grávida referindo-se à sexualidade na gravidez, 2006)

## **CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Iniciaremos este capítulo com a apresentação dos resultados relativos à caracterização da sexualidade nesta amostra de grávidas e seus companheiros. Em seguida, são apresentados os resultados referentes à educação e necessidades de formação dos participantes acerca da sexualidade na gravidez.

### **4.1. Gravidez e Sexualidade**

#### **4.1.1. História Obstétrica**

Em 92.6 % (N=25) dos casos trata-se da primeira gravidez e apenas em 7.4% (N=2) esta é uma segunda gravidez. O tempo de gestação da amostra varia entre as 28 e as 40 semanas (o que corresponde ao terceiro trimestre), sendo o tempo médio de gestação de 33.46 semanas (D.P. = 3.61).

Vinte e cinco grávidas (92.6 %) classificaram a sua gravidez como sendo sem risco, havendo duas (7.4%) mulheres que não responderam a esta questão.

#### **4.1.2. Satisfação Conjugal**

A satisfação conjugal foi avaliada através de uma subescala composta por oito itens avaliativos de várias dimensões (ex., projectos de vida do casal) e através de um único em que era pedido aos participantes para fazerem uma avaliação global do seu grau de satisfação com a relação conjugal. Para todos os itens foi utilizada uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (desde “Muito insatisfeito” (1) até “Muito satisfeito” (5)). No Quadro 5, apresentam-se os resultados relativos à satisfação conjugal relatada pelas grávidas e seus companheiros, avaliada através das duas medidas referidas.

**Quadro 5. Satisfação Conjugal relatada pelas grávidas e seus companheiros**

<b>Grávidas (N=27)</b>	<b>Companheiros (N=26)</b>
<b>Satisfação Conjugal (Questão 10 – Soma dos Itens 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9*)</b>	
Média= 36.11 (D.P. = 3.39)	Média= 36.08 (D.P. = 3.02)
<b>Satisfação Conjugal Global (Questão 10 - Item 10)</b>	
Mediana= 5; P25=5, P75=5	Mediana= 5; P25=5, P75=5

\*Nota – O item 6 foi excluído do cálculo total da satisfação conjugal devido à sua baixa taxa de resposta dado dizer respeito à “colaboração na educação dos filhos”.

As medidas descritivas apresentadas no Quadro 5 evidenciam que ambos os elementos dos casais manifestam uma elevada satisfação conjugal (Mediana=5 em ambos os subgrupos). Para além disso, a análise da relação entre o total dos 8 itens da escala e o último item (10), revelou uma correlação positiva significativa quer no caso das grávidas ( $r_{sp}=.47$ ,  $p<.05$ ) quer no caso dos seus companheiros ( $r_{sp}=.62$ ,  $p<.001$ ). Finalmente, um teste t para amostras emparelhadas mostrou não existirem diferenças entre a satisfação conjugal relatada pelas grávidas e pelos seus companheiros ( $t(25) = .0.5$ , n.s.)

#### 4.1.3. Definição de Sexualidade

O Quadro 6 apresenta os resultados relativos à opinião dos participantes quanto à definição de sexualidade.

**Quadro 6. Definição de sexualidade pelas grávidas e seus companheiros**

	<b>Grávidas N (%)</b>	<b>Companheiros N (%)</b>
Contacto genital	2 (7.4)	6 (22.2)
Uma forma de obter prazer	9 (33.3)	11 (40.7)
Uma necessidade humana básica	6 (22.2)	7 (25.9)
Um conjunto de sentimentos, desejos e comportamentos que envolvem uma relação sexual	20 (74.1)	23 (85.2)
Um processo através do qual se assegura a reprodução humana	5 (18.5)	5 (18.5)
Uma forma de demonstrar carinho, afecto e/ou amor	23 (85.2)	21 (77.8)
Uma obrigação conjugal	0 (0)	0 (0)
Uma parte do ser mulher/homem	9 (33.3)	5 (18.5)
Uma energia que tem influência na nossa vida ao nível da saúde, relacional, social	14 (51.9)	11 (40.7)
Outra definição	1 (3.7)	1 (3.7)

A definição de sexualidade mais frequentemente assinalada pelas grávidas foi “Uma forma de demonstrar carinho, afecto e/ou amor”, com 85.2% (N=23) de taxa de resposta, logo seguida da opção “Um conjunto de sentimentos, desejos e comportamentos que envolvem uma relação sexual” (N=20, 74.1%). Por outro lado, a definição mais apontada pelos companheiros foi “Um conjunto de sentimentos, desejos e comportamentos que envolvem uma relação sexual” com 85.2% de taxa de resposta (N=23). A segunda definição mais escolhida pelos companheiros foi a de “Uma forma de demonstrar carinho, afecto e/ou amor” (N=21, 77.8%). De salientar que nenhum participante, grávida ou companheiro, assinalou a definição “Uma obrigação conjugal”.

#### 4.1.4. Comportamento durante a gravidez

Onze grávidas (40.7%) relataram uma alteração do comportamento do companheiro, enquanto que catorze companheiros (51.9%) relataram uma alteração do comportamento da companheira, tendo sido encontrada uma associação significativa entre a percepção de ambos ( $\chi^2(1)=4.47$ ,  $p<.05$ ) (Quadro 7).

**Quadro 7. Percepção de alterações no comportamento do cônjuge**

		Percepção das grávidas acerca do comportamento dos companheiros	
		Alterou	Não Alterou
Percepção dos companheiros acerca do comportamento das grávidas	Alterou	8	6
	Não Alterou	2	10

A alteração mais frequentemente relatada pelas grávidas regista-se a nível comportamental (N=7, 25.9%), seguida de mudanças ao nível dos sentimentos (N=4, 14.8%) e, por fim, mudanças ao nível da sexualidade (N=3, 11.1%). Três grávidas assinalaram mais do que uma alteração no marido/companheiro.

No caso dos companheiros, a alteração mais frequentemente percebida registou-se ao nível da sexualidade (N=9, 33.3%) seguida por mudanças ao nível dos comportamentos (N=7, 25.9%) e, por fim, alterações ao nível dos sentimentos



(N=5, 18.5%). Sete companheiros assinalaram mais do que uma alteração na grávida e um não respondeu a esta questão.

#### 4.1.5. Relações Sexuais

Quando questionados acerca de terem ou não relações sexuais no momento presente (isto é, durante a gravidez), dezassete grávidas e companheiros (63.0%) responderam afirmativamente, o que é corroborado por uma associação significativa ( $\chi^2(1)=20.92$ ,  $p<.001$ ).

Os Quadros 8 e 9 apresentam as razões apontadas pelas grávidas (Quadro 7) e pelos seus companheiros (Quadro 8) para ter (coluna da esquerda) ou não ter (coluna da direita) relações sexuais no momento presente.

**Quadro 8. Razões apontadas pelas grávidas para ter ou não relações sexuais no momento presente (durante a gravidez)**

<b>Actualmente tem relações sexuais?</b>	<b>Se sim, porquê? (N=17, 63.0%)</b>	<b>Se não, porquê? (N=10, 37.0%)</b>
Razões Clínicas	0 (0)	6 (60.0)
Razões Religiosas	0 (0)	0 (0)
Razões Culturais	0 (0)	0 (0)
Razões Pessoais	11 (64.7)	0 (0)
Outro tipo de razões	0 (0)	3 (30.0)
Não responde	6 (35.3)	1 (10.0)

Das grávidas que responderam terem relações sexuais no momento presente da gravidez, onze (64.7%) alegaram razões pessoais para o fazer e seis (35.3%) não justificaram a sua resposta.

Das grávidas que responderam não ter relações sexuais no momento presente da gravidez, seis (60.0%) alegaram razões clínicas e três (30.0%) apresentaram como razões a falta de predisposição ou desejo ou o facto da gravidez estar a aproximar-se do final. Uma grávida não justificou a sua opção.

**Quadro 9. Razões apontadas pelos companheiros para ter ou não relações sexuais no momento presente (durante a gravidez)**

<b>Actualmente tem relações sexuais?</b>	<b>Se sim, porquê? (N=17, 63.0%)</b>	<b>Se não, porquê? (N=8, 29.6%)</b>
Razões Clínicas	0 (0)	5 (62.5)
Razões Religiosas	0 (0)	0 (0)
Razões Culturais	0 (0)	0 (0)
Razões Pessoais	7 (41.2)	1 (12.5)
Outro tipo de razões	3 (17.6)	2 (25.0)
Não responde	7 (41.2)	0 (0)

Dos companheiros que referiram ter relações sexuais no momento presente da gravidez, sete (41.2%) alegaram razões pessoais para o fazer e dos três companheiros (17.6%) que apontaram outro tipo de razões, dois referiram fazê-lo como demonstração de afecto ou amor e um outro evocou razões fisiológicas/sentimentais. Sete companheiros (41.2%) não seleccionaram qualquer tipo de razão para praticarem relações sexuais.

Relativamente aos companheiros que responderam não ter relações sexuais no momento presente da gravidez, cinco (62.5%) evocaram razões clínicas, um (12.5%) alegou razões pessoais e dois (25.0%) assinalaram outro tipo de razões como sejam falta de apetência/predisposição ou, num outro caso, receio de a companheira ter um parto prematuro.

#### **4.1.6. Tipo de Sexualidade que pratica**

O Quadro 10 sumaria os resultados relativos ao tipo de sexualidade praticado pelas grávidas e seus companheiros.

**Quadro 10. Tipo de sexualidade praticada pelas grávidas e seus companheiros**

	<b>Grávidas (N=25, 92.6%)</b>	<b>Companheiros (N=26, 96.3%)</b>
Sexo Genital	21 (77.8)	22 (81.5)
Sexo Oral	9 (33.3)	9 (33.3)
Sexo Anal	1 (3.7)	1 (3.7)
Masturbação Manual	8 (29.6)	9 (33.3)
Beijos/Carícias/Mimos	24 (88.9)	23 (85.2)
Outro	0 (0)	0 (0)

O tipo de sexualidade que mais grávidas e seus companheiros referiram praticar foram beijos/carícias/mimos (88.9%, 24 grávidas e 85.2%, 23 companheiros), seguido pelo sexo genital (77.8%, 21 grávidas e 81.5%, 22 companheiros). O sexo anal é a prática sexual com menor adesão nesta amostra, sendo referido apenas por uma grávida (3.7%) e um companheiro (3.7%).

## 4.2. Educação e Necessidades de Formação

### 4.2.1. Conhecimentos e crenças acerca da sexualidade na gravidez

No que diz respeito aos conhecimentos evidenciados pelas grávidas e seus companheiros acerca da sexualidade na gravidez, não foram encontradas diferenças entre os membros do casal a este nível ( $Média_{grávidas}=6.95$ , D.P.=1.40;  $Média_{companheiros}=7.71$ , D.P.=4.57;  $t(20)=-.76$ , n.s.).

Quando comparámos as grávidas e os seus companheiros em termos de crenças em relação à sexualidade na gravidez, verificámos que as grávidas têm significativamente menos crenças do que os seus companheiros ( $Média_{grávidas}=3.15$ , D.P.=1.50;  $Média_{companheiros}=4.15$ , D.P.=1.93;  $t(19)=-2.27$ ,  $p<.05$ ).

O Quadro 11 mostra as intercorrelações entre os conhecimentos e crenças de ambos os membros do casal acerca da sexualidade na gravidez.

**Quadro 11. Intercorrelações entre os conhecimentos e crenças das grávidas e seus companheiros acerca da sexualidade na gravidez**

		Grávidas (Gr)		Companheiros (Cp)	
		Conhecimentos	Crenças	Conhecimentos	Crenças
Gr	Conhecimentos	---	.25	.13	.16
	Crenças		---	.02	.36
Cp	Conhecimentos			---	-.04
	Crenças				---

Não foi encontrada qualquer relação entre os conhecimentos e as crenças evidenciadas quer no caso das grávidas ( $r=.25$ , n.s.), quer no caso dos companheiros ( $r=-.04$ , n.s.).

Para além disso, a análise do quadro anterior revela-nos que não há concordância entre os membros do casal, quer em termos de quantidade de conhecimentos ( $r=.13$ , n.s.), quer em termos de quantidade de crenças ( $r=.36$ , n.s.).

**4.2.2. Principais interlocutores acerca da sexualidade na gravidez**

No Quadro 12 são apresentadas as pessoas com quem as grávidas e os seus companheiros conversam habitualmente acerca da sexualidade na gravidez.

**Quadro 12. Interlocutores acerca da sexualidade na gravidez referenciados pelas grávidas e seus companheiros**

	<b>Grávidas (N=27, 100%)</b>	<b>Companheiros (N=27, 100%)</b>
Companheiro/a	27 (100.00)	27 (100.00)
Amigas/os	8 (29.6)	7 (25.9)
Mãe/Pai	1 (3.7)	2 (7.4)
Profissional de saúde	2 (7.4)	1 (3.7)
Outra pessoa	2 (7.4)	1 (3.7)

É de salientar que 100% da amostra refere conversar habitualmente sobre sexualidade com o companheiro/a. As/Os amigas/os revelam-se também como interlocutores habituais nas conversas sobre sexualidade, quer das grávidas (N=8; 29.6%), quer dos companheiros (N=7; 25.9%).

No que diz respeito aos profissionais de saúde referenciados, uma das grávidas referiu tratar-se do seu médico obstetra/ginecologista, e no caso dos companheiros, foi referido o médico de família.

Na categoria das “Outras pessoas”, em todos os casos, foram referidos os(as) irmãos(ãs).

No Quadro 13 apresentam-se as principais fontes de informação referenciadas pelas grávidas no que toca à sexualidade na gravidez.

**Quadro 13. Fontes de informação acerca da sexualidade na gravidez referenciadas pelas grávidas**

	<b>Se sim, de quem recebeu essa informação? (N=24, 88.9%)</b>	<b>Se não, de quem gostaria de receber essa informação? (N=3, 11.1%)</b>
Marido/Companheiro	6 (22.2)	0 (0)

Amigas/os	1 (3.7)	0 (0)
Educador/a	0 (0)	0 (0)
Familiar	1 (3.7)	0 (0)
Profissional de Saúde	17 (63.0)	3 (11.1)
Livros	18 (66.7)	0 (0)
Comunicação Social	3 (11.1)	0 (0)

As fontes de informação mais frequentemente referenciadas pelas grávidas foram livros (N=18, 66.7%) e profissionais de saúde – médicos e/ou enfermeiros (N=17, 63.0%). Apenas seis (22.2%) referiram o marido/companheiro como fonte de informação. As três grávidas (11.1%) que referiram a comunicação social mencionaram a Internet.

As três grávidas (11.1%) que assinalaram não ter informação acerca da sexualidade na gravidez, responderam que gostariam de a receber através de um profissional de saúde.

No Quadro 14 apresentam-se as principais fontes de informação referenciadas pelos companheiros no que toca à sexualidade na gravidez.

**Quadro 14. Fontes de informação acerca da sexualidade na gravidez referenciadas pelos companheiros**

	<b>Se sim, de quem recebeu essa informação? (N=19, 70.4%)</b>	<b>Se não, de quem gostaria de receber essa informação? (N=7, 25.9%)</b>
Esposa/Companheira	14 (51.9)	1 (3.7)
Amigas/os	1 (3.7)	0 (0)
Educador/a	0 (0)	0 (0)
Familiar	0 (0)	0 (0)
Profissional de Saúde	9 (33.3)	3 (11.1)
Livros	13 (48.1)	2 (7.4)
Comunicação Social	4 (14.8)	0 (0)

No caso dos companheiros, as fontes de informação mais frequentemente referenciadas foram a esposa/companheira (N=14, 51.9%) e livros (N=13, 48.1%). Os profissionais de saúde foram referidos por nove companheiros (33.3%), tendo sido especificados médicos de clínica geral ou especialistas (obstetra/ginecologista) bem como enfermeiras especialistas (parteiras).

Em termos de meios de comunicação, os quais foram assinalados por quatro companheiros (14.8%), foram referenciados a televisão e a Internet.

Os sete companheiros (25.9%) que referiram não receber, ou ter recebido informação sobre sexualidade na gravidez, referiram que gostariam que a sua fonte informativa sobre o tema fossem profissionais de saúde (N=3, 11.1%), livros (N=2, 7.4%), e a esposa/companheira (N=1, 3.7%).

#### 4.2.3. Como gostaria que a informação acerca da sexualidade na gravidez lhe fosse transmitida?

Os participantes foram ainda questionados acerca de como gostariam de receber informação acerca da sexualidade na gravidez (Quadros 15 e 16).

**Quadro 15. Tipo, periodicidade e formato de sessões informativas preferidas pelas grávidas e seus companheiros**

		<b>Grávidas (N= 26, 96.3%)</b>	<b>Companheiros (N=26, 96.3%)</b>
<b>Tipo de Sessão</b>	Exposição de temas	16 (59.3)	17 (63.0)
	Discussão em grupos	5 (18.5)	4 (14.8)
	Diálogo Pessoal	5 (18.5)	4 (14.8)
	Outra (Combinações de anteriores)	0 (0)	1 (3.7)
<b>Periodicidade</b>	Semanal	2 (7.4)	2 (7.4)
	Mensal	15 (55.6)	10 (37.0)
	Trimestral	9 (33.3)	13 (48.1)
<b>Formato</b>	Individualmente	0 (0)	1 (3.7)
	Em casal	12 (44.4)	18 (66.7)
	Em grupo de grávidas	1 (3.7)	0 (0)
	Em grupo de casais	10 (37.0)	7 (25.9)
	Outra (Combinações de anteriores)	3 (11.1)	0 (0)

Em termos de tipo de sessão preferido, a exposição de temas foi o tipo de sessão que a maioria das grávidas (N=16, 59.3%) e seus companheiros (N=17, 63.0%) escolheu.

No que toca à periodicidade dessas mesmas sessões, quinze (55.6%) grávidas optam por sessões mensais e apenas duas (7.4%) por sessões semanais. No caso dos companheiros a periodicidade preferida é a trimestral em 48.1% dos casos (N=13), seguida da periodicidade mensal (N=10, 37.0%).

Por fim, e relativamente ao formato das sessões, a maioria das grávidas (N=12, 44.4%) e dos seus companheiros (N=18, 66.7%) gostariam que estas fossem desenvolvidas em casal ou em grupo de casais (grávidas, N=10, 37.0%; companheiros, N=7, 25.9%).



**Quadro 16. Profissionais preferidos pelas grávidas e seus companheiros para a condução de sessões informativas**

		<b>Grávidas (N= 26, 96.3%)</b>	<b>Companheiros (N=26, 96.3%)</b>
<b>Grupo Profissional</b>	Médicas/os	3 (11.1)	7 (25.9)
	Enfermeiros/as	0 (0)	1 (3.7)
	Educadores	1 (3.7)	0 (0)
	Grupo Multidisciplinar	17 (63.0)	16 (59.3)
	Outra (Combinações de anteriores)	5 (18.5)	2 (7.4)
<b>Sexo dos profissionais</b>	Feminino	2 (7.4)	1 (3.7)
	Masculino	0 (0)	1 (3.7)
	É indiferente	24 (88.9)	24 (88.9)

Em termos de profissionais eleitos para fornecer a informação, a maioria das grávidas (N=17, 63.0%), e a dos companheiros (N=16, 59.3%), referiram grupos multidisciplinares. Note-se que sete companheiros (25.9%) optariam por médicos.

Para a esmagadora maioria da amostra, o sexo dos profissionais envolvidos na condução de sessões informativas não é relevante (N=24, 88.9% em ambos os subgrupos). Apenas duas (7.4%) grávidas manifestaram preferência por profissionais do sexo feminino.

#### 4.2.4. Avaliação final

No final do questionário foi pedido aos participantes para descreverem até que ponto a gravidez teria sido vivida de uma forma mais feliz (5) *versus* mais infeliz (1) caso tivessem tido mais acesso a informação sobre a sexualidade na gravidez (Quadro 17).

**Quadro 17. Avaliação Final**

<b>Grávidas (N=26)</b>	<b>Companheiros (N=26)</b>
<b>Avaliação final</b>	
Mediana=4; P25=3, P75=5	Mediana=4; P25=3, P75=5

A maioria das grávidas (N=16, 59.2%, Mediana=4) e seus companheiros (N=14, 51.8%, Mediana=4) consideram que, caso tivessem acesso a mais informação sobre a sexualidade na gravidez, poderiam viver essa fase de uma forma mais feliz ou mesmo muito mais feliz. De salientar ainda que as restantes grávidas

(N=10, 37.0%) e companheiros (N=12, 44.4%) responderam que mais informação acerca do tema não teria impacto na forma como viveram esta etapa.

#### **4.2.5. Descrição/Definição de sexualidade na gravidez**

No final do questionário foi colocada uma questão aberta pedindo aos casais que, em apenas uma frase, descrevessem a sexualidade na gravidez (Ver Anexo 3 para uma análise detalhada das respostas dos participantes).

Pela análise qualitativa das respostas, foi possível identificar três principais definições.

Uma primeira definição em que os participantes consideram que a sexualidade na gravidez constitui um elemento “normal” e saudável no seio do casal durante este período (“Durante a gravidez a sexualidade deve continuar a ser um dos aspectos de união do casal”; “Normal, com ligeiras adaptações”).

Uma segunda definição reveladora de uma atitude positiva perante a sexualidade na gravidez (“A gravidez promove mais uma forma maravilhosa de viver a sexualidade”, “Um acto de demonstração de sentimentos”, “É uma forma do casal transmitir o seu amor ao bebé, enquanto que também usufrui do prazer do sexo”).

Uma terceira e última definição pautada por uma atitude de cautela (“Receio em magoar a parceira ou o feto”; “É igual, mas com um pouco mais de cuidado”),

## Capítulo 5

---

### DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES

“(…) Um movimento em espiral que retoma e reconstrói, a níveis diferentes de complexidade e de profundidade, questões colocadas previamente e, simultaneamente, integra novos elementos, permitindo a transformação e gerando a inovação.”

(Soares, 2002, p. 1)

## **CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES**

Apresentados os resultados, é fundamental fazer uma apreciação crítica e uma reflexão dos mesmos. Pretende-se, de seguida, fazer uma síntese e discussão dos resultados para, em seguida, se proporem linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas de formação ao nível da sexualidade durante a gravidez. Antes de terminar o capítulo, salientam-se os aspectos positivos que se apresentam como contributos desta investigação e referem-se as suas limitações, as quais podem trazer contributos a futuras investigações.

### **5.1. Discussão de resultados**

Antes da discussão, há que ter em consideração que estamos perante uma amostra de casais jovens, à espera do primeiro filho, com uma gravidez sem risco situada no terceiro trimestre, e com nível sócio-cultural médio a elevado.

As grávidas e seus companheiros do nosso estudo evidenciaram uma elevada satisfação conjugal e uma elevada concordância entre os dois membros do casal. Tal satisfação e concordância poderão ser justificadas, em parte, pelo facto do período de gestação do primeiro filho constituir uma etapa de índices de satisfação conjugal elevados para os casais em geral. Por exemplo, ao estudar a satisfação sexual e qualidade do relacionamento conjugal, em mulheres grávidas e não grávidas, Medeiros (2000) verificou não existirem diferenças significativas ao nível da satisfação sexual entre os dois grupos. Em contraste, as mulheres grávidas revelaram maior qualidade no relacionamento conjugal quer em termos gerais, quer em termos do consenso e satisfação diádica e expressão de afectos. A autora encontrou ainda uma correlação positiva entre a satisfação sexual e a qualidade do relacionamento conjugal (Medeiros, 2000).

No que diz respeito à **definição de sexualidade**, os participantes do nosso estudo apresentam uma definição bem mais abrangente do que a redutora definição de “contacto genital”. Para além disso, é de salientar o facto de ambos os membros do casal terem seleccionado as mesmas definições de sexualidade, o que parece espelhar empatia entre eles. A definição de sexualidade mais assinalada pelas grávidas foi “Uma forma de demonstrar carinho, afecto e/ou amor” e a definição mais apontada pelos seus companheiros foi “Um conjunto de sentimentos, desejos e comportamentos que envolvem uma relação sexual”, o que testemunha a (clássica) tendência feminina para encarar a sexualidade pela vertente mais sentimental e do homem pela vertente mais física. É ainda de realçar que nenhum participante definiu sexualidade como “uma obrigação conjugal”, o que, em nossa opinião, atesta uma evolução cultural da nossa sociedade relativamente à sexualidade dentro do casamento. Adicionalmente, ninguém assinalou a definição: “um processo através do qual se assegura a reprodução humana”, o que demonstra o quanto o conceito da sexualidade se afastou do conceito reprodutivo, aproximando-se cada vez mais do conceito de prazer. Esta mudança no conceito de sexualidade revela a mudança, mais global, do conceito de sexualidade das novas gerações. Esta mudança deu-se após a primeira guerra mundial e é apelidada por muitos autores como a época da primeira revolução sexual que trouxe associada a emancipação sexual feminina, maior tolerância entre o convívio de jovens de ambos os sexos e a crescente erotização dos espectáculos e da literatura (Fonseca, 2005).

O **tipo de sexualidade** que as grávidas e seus companheiros mais referem praticar, é beijos/carícias/mimos, só depois seguida pelo sexo genital. O sexo anal é a prática sexual com menor adesão nesta amostra. Este último dado vai ao encontro do estudo realizado numa população de grávidas chinesas, em que se constatou que o sexo anal é uma prática pouco usada antes da gravidez, que no segundo e terceiro trimestre tem um ligeiro decréscimo e só no primeiro trimestre tem um ligeiro aumento. Este mesmo estudo encontrou uma diminuição das relações sexuais por via vaginal no primeiro e terceiro trimestres e um ligeiro aumento no segundo

trimestre comparativamente com antes de engravidar. Quanto ao sexo oral não é uma prática utilizada antes de engravidar nem do primeiro trimestre passando a ser usada, embora ainda com pouca adesão no segundo e terceiro trimestres. Ainda neste estudo com grávidas chinesas constata-se quanto à combinação das várias práticas sexuais (vaginal, anal e oral) que há uma manutenção destas conjugações no primeiro trimestre, uma ligeira diminuição no segundo trimestre e um ligeiro aumento no terceiro trimestre (Haines, Shan, Kuen, Leung, Chung, & Chin, 1996).

É positivo constatar que, tal como assinalam definições de sexualidade mais abrangentes, que não se cingem apenas ao sexo genital, os nossos participantes referiram também as praticarem. Consideram os beijos e carícias como sexualidade, o que é muito importante nesta etapa do percurso em que frequentemente os desconfortos da gravidez podem apenas dispor para o mimo e o carinho e não para a penetração.

De qualquer forma, a maioria dos participantes referiu ter actualmente relações sexuais. As razões subjacentes às respostas “Sim” tendem a ser razões pessoais. As razões subjacentes às respostas “Não” tendem a ser razões clínicas ou outras (falta de apetência/desejo/receio). É interessante constatar que grande parte das mulheres e homens que alegam não ter relações sexuais justificam esse facto “por razões médicas”. O facto desta amostra de casais ter relações sexuais durante a gravidez vai ao encontro dos resultados de uma outra investigação, onde se concluiu que a maioria das mulheres apresenta “uma atitude bastante favorável à actividade sexual durante a gravidez” (Portelinha, 2003, p. 136).

Verifica-se que existe associação significativa entre as **percepções** nas grávidas e companheiros no que diz respeito a mudanças no cônjuge decorrentes da gravidez. Isto significa que, quando a grávida refere ter notado alterações no comportamento do seu companheiro, este tendeu também a relatar alterações no comportamento da grávida. Contudo, nos casais que referiram alterações, as mudanças referidas no companheiro/a foram de natureza diferente. Assim, se, por um lado, os homens referem que a maior mudança na parceira foi a nível sexual, por

outro lado, as grávidas referem que a maior mudança do companheiro foi a nível comportamental.

O nosso estudo centrou-se ainda na **informação e crenças** acerca da sexualidade na gravidez.

No que diz respeito à questão da **informação** acerca do tema, todos os participantes – grávidas e companheiros – referiram o cônjuge como alguém com quem conversam sobre o tema. A totalidade da amostra referiu conversar sobre sexualidade com o companheiro/a, o que é significativo e demonstra que, entre os casais da nossa amostra, há uma sexualidade falada e não apenas praticada. Por outras palavras, há diálogo, o que evidencia uma grande cumplicidade na relação conjugal da amostra e parecerá ser reflexo da elevada satisfação conjugal e concordância entre o casal. A sexualidade que, há algumas décadas, era tema tabu até no seio conjugal, é agora um tema conversado e discutido entre o casal, o que testemunha a evolução dos tempos e da vivência da própria sexualidade.

Outros interlocutores habituais apontados pela nossa amostra, incluíram os amigos, os profissionais de saúde, e os/as irmão/irmãs. Ninguém referiu o educador. Podemos, a partir deste resultado, fazer várias reflexões. Assim, os amigos parecem ter um papel importante na transmissão de informação acerca da sexualidade, ao contrário dos profissionais de saúde, os quais ainda não são o interlocutor preferido sobre este tema. É curioso que mais pessoas referem conversar com os amigos do que com os membros da família, o que talvez aconteça pelo facto de estarmos perante um tema delicado, acerca do qual ainda há mais à-vontade para conversar com pares. Relativamente aos educadores, nomeadamente educadores para a saúde, pode inferir-se a partir dos nossos dados, que o seu papel ainda não é re(conhecido), pelos casais à espera de um bebé.

Embora se verifique que os profissionais de saúde não são os interlocutores habituais em conversas sobre sexualidade, eles são, no entanto, referenciados por toda a amostra como as principais **fontes de informação** sobre sexualidade na

gravidez. Como a segunda fonte de informação por excelência, surge a literatura sobre o tema, o que poderá ser reflexo do nível sócio-cultural da amostra. Verifica-se que as mulheres referem mais os profissionais de saúde como fontes de informação, talvez pela maior proximidade com estes ao longo das consultas de vigilância da gravidez, e só depois a literatura; ao passo que nos seus companheiros é precisamente o oposto. Os homens buscam nos livros a informação que sentem necessária, o que poderá ser sinónimo de interesse pessoal acerca do assunto e que reflecte o nível sócio cultural médio a elevado dos nossos participantes. Um outro facto relevante parece ser o recurso cada vez maior às novas tecnologias de formação e informação como a Internet e a televisão. Embora estes últimos, na nossa amostra, sejam preteridos face aos profissionais de saúde e literatura, podem ser meios excelentes de transmissão de informação e de comunicação virtual entre os profissionais de saúde e as grávidas e seus companheiros. No que toca aos **conhecimentos** evidenciados pelos nossos participantes, constatámos que esta amostra é conhecedora e informada acerca do tema em questão, embora ainda existam noções científicas que os casais revelaram não possuir. Outro facto de alguma forma surpreendente foi o de não terem sido encontradas diferenças entre os membros do casal relativamente a este ponto. Ao longo da análise dos resultados, esperávamos que as grávidas, tendo mais contacto com os profissionais de saúde, tivessem à partida mais informação ao nível da sexualidade na gravidez, o que não se veio a verificar. O facto dos seus companheiros manifestarem informação semelhante pode dever-se a dois factores já anteriormente explicitados: ou por a procurarem junto de fontes de informação alternativas, nomeadamente através de literatura (que assim sendo se mostra uma técnica bastante eficaz na obtenção de conhecimentos); ou pelo facto do casal partilhar entre si toda a informação, funcionando a grávida como fonte de informação indirecta (pois recebeu dos profissionais de saúde a informação) para o seu companheiro.

Já no que diz respeito às **crenças** relativas à sexualidade na gravidez, emergiram diferenças entre os grupos, sendo que as grávidas revelaram possuir menos crenças do que os companheiros. Este facto não deixa de ser surpreendente,



dado que na maioria dos casos tendem a ser as grávidas os maiores receptáculos de crenças provenientes do meio envolvente (desde a família à própria sociedade). Analisando mais minuciosamente os resultados, convém ainda realçar que muitas das crenças, evidenciadas, são desfavoráveis à sexualidade na gravidez. Exemplo disso é a consideração de que não é saudável nem bom para o feto ter relações sexuais na gravidez, o que é particularmente interessante se tivermos em consideração que nos encontramos perante uma amostra maioritariamente urbana. Nas palavras de Martins (2007) “(...) não é nas áreas rurais que os mitos e as crenças se fazem notar de forma mais intensa, sendo antes nas áreas mediantemente urbanas, que as tradições relacionadas com mitos e crenças prevalecem de forma mais enraizada” (p. 259). Para além disso, a mesma autora defende que, frequentemente, mesmo pessoas com escolaridade superior tendem a acreditar nas crenças por pressão social e familiar (Martins, 2007).

Acreditamos que o facto, das mulheres apresentarem, significativamente, menos crenças do que os homens possa estar relacionado com um outro dado recolhido. São as mulheres que mantêm mais contacto com os profissionais de saúde (ao longo das consultas obrigatórias de vigilância gestacional), os quais, por seu turno, podem, por um lado, ajudá-las a desmistificar eventuais crenças ou, por outro lado, transmitir-lhes informação científica actualizada que leve ao esbatimento ou mesmo ao desaparecimento das crenças.

De qualquer forma, avaliando na globalidade, pode-se dizer que esta amostra tem poucas crenças, o que, uma vez mais, poderá estar relacionado com o estatuto sócio-cultural médio-elevado da amostra.

Um outro aspecto por nós estudado e que constituía um dos nossos principais objectivos prendeu-se com as **necessidades de formação** sentidas pelas grávidas e seus companheiros ao nível da sexualidade na gravidez.

A maioria das grávidas e companheiros gostariam que as sessões relativas à sexualidade na gravidez fossem desenvolvidas em casal. Refira-se ainda que a segunda resposta mais votada, quer pelas grávidas, quer pelos seus companheiros,

com percentagens significativas, foi “em grupo de casais”. Denota-se, assim, um reconhecimento que a sexualidade na gravidez deveria ser abordada em casal ou grupo de casais, pois é um assunto que a ambos diz respeito. Por outro lado, este resultado poderá também ser reflexo da elevada satisfação conjugal, empatia e parceria evidenciada pelos casais da nossa investigação.

Curiosamente, apesar de referirem que as sessões deveriam ser desenvolvidas em casal ou grupo de casais, no tipo de sessão não assinalaram a discussão em grupo como forma de desenvolvimento. Tanto as grávidas como os seus companheiros assinalaram em grande percentagem a exposição de temas como a forma de desenvolvimento preferida para abordar a sexualidade na gravidez. Depreende-se destes resultados que, apesar de acharem que este tema deve ser tratado em casal, os nossos participantes parecem não sentir-se ainda à vontade para o discutir com um profissional e muito menos com outros casais. Daí preferirem a forma mais cómoda e passiva, para eles, de receber informação sobre este tema delicado – através da exposição de temas.

Quanto à periodicidade destas sessões informativas, a preferência das mulheres recaiu na opção mensal enquanto que os homens optam pela trimestral. Talvez isto reflecta as necessidades pessoais, individuais e diferenciadas das grávidas e dos seus companheiros. Assim sendo, as mulheres sentem necessidade de informação mensal (mais doseada) e os homens apenas sentem necessidade de informação trimestral (mais compactada).

Um dado considerado positivo foi a totalidade da amostra ter referido que preferia que este tema fosse abordado por um grupo multidisciplinar. Este facto revela que os casais sentem necessidades de informação de várias áreas e sentem que é com a interdisciplinaridade dos profissionais que poderiam aprender mais e melhor. Ao contrário do que era esperado, o sexo dos profissionais que desenvolvem estas sessões é irrelevante para a quase totalidade da amostra. O que se traduz num factor muito positivo face às questões de género, uma vez que nas áreas da saúde, nomeadamente na enfermagem, tradicionalmente há a noção de

que as mulheres (pelo seu instinto maternal e experiência de cuidar) são preferidas em relação aos homens (Lopes, 1996).

Desconhecem-se outros trabalhos em que tenha sido feito a avaliação das necessidades de formação ao nível da sexualidade na gravidez, pelo que nos é impossível comparar os nossos dados com os de outras investigações.

Para finalizar, apurámos que uma parte da amostra revelou que, se tivesse mais informação acerca da sexualidade na gravidez, não alteraria a forma como esta etapa foi vivenciada. Contudo, uma parte significativa da amostra considera que a informação sobre sexualidade na gravidez contribuiria para vivenciar de uma forma “feliz” ou “mais feliz” a gravidez, o que nos leva a deduzir que informação e formação a este nível seria bem vinda.

## **5.2. Linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas de formação ao nível da sexualidade**

Dos resultados deste estudo emerge a necessidade de se incluir a sexualidade na gravidez como um tema a ser abordado, em consultas de vigilância da gravidez, em cursos de preparação para o parto, ou em programas especificamente elaborados para o seguimento da gravidez. Este estudo demonstra, ainda, que existe entre os casais uma sexualidade falada, onde há transmissão de informação e reflexão entre/por ambos. Isto leva-nos a pensar que, enquanto interlocutor por excelência, o companheiro/a pode e deve ser um elemento-chave nos cuidados de saúde à família. Uma vez que é difícil para muitos homens a dispensa laboral para acompanhar as suas esposas/companheiras grávidas, a assistência virtual a sessões de educação para a saúde na gravidez, poderia ser uma solução plausível em muitos casos de ser posta em prática e permitiria um maior envolvimento do pai em todo o processo educativo. Visto a sexualidade na gravidez constituir ainda um tema de difícil abordagem face-a-face, quer por parte dos casais quer por parte dos

profissionais de saúde, a comunicação virtual poderia ser uma solução para reduzir o silêncio e ignorância ao nível desta área.

O período da gestação reveste-se de características únicas e ideais para o desenvolvimento de programas de educação para a saúde pelo facto de estarmos perante casais receptivos a aprender, a formar a sua família, no início de uma nova vida. Assim, a gravidez constitui uma oportunidade ímpar da saúde intervir junto da família desde a sua génese. Para tal, o acompanhamento da gravidez deve começar antes mesmo da concepção, criando desde cedo as bases de uma relação de empatia e confiança entre os técnicos de educação e os futuros pais. Por técnicos de educação entenda-se educadores, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e todos aqueles que possam dar o seu contributo numa equipa multidisciplinar de educação para a saúde dirigida ao período pré, peri e pós-natal.

Na nossa visão, os programas de educação para a saúde (que se poderiam designar por programas de educação para a parentalidade) deveriam **começar antes da concepção** (dando apoio a tantos casais que sofrem de infertilidade), **prolongar-se ao longo de toda a gravidez** (focando temas que vão desde cuidados a ter com o bebé, passando pela sexualidade na gravidez, até à preparação do ser pai/mãe), **fornecendo apoio no parto** (desmistificando dúvidas, apoiando, humanizando e permitindo que cada casal pudesse ter o parto que quisesse, por exemplo, dentro ou fora de água, com ou sem anestesia, etc.) e **estender-se ao longo do período do pós-parto** (ajudando no cuidado ao bebé, na adaptação à maternidade/paternidade, detectando precocemente o *blues* e depressão pós-parto, e incentivando o reiniciar das relações sexuais no pós-parto).

Mais concretamente, o tema da sexualidade da gravidez poderia ser abordado em casal ou grupos de casais (o que vai ao encontro das expectativas da amostra) por tópicos (foram ordenados segundo a sequência que nos parece lógica mas que funciona apenas como uma proposta), tais como:

- i) Conceito abrangente de sexualidade, envolvendo a ternura e o mimo;
- ii) Alterações fisiológicas com repercussões na sexualidade na gravidez;

- iii) Contra-indicações às relações sexuais e alternativas às mesmas;
- iv) Posições: criatividade e imaginação para maior conforto no acto sexual;
- v) Alterações psicológicas com repercussões na sexualidade na gravidez;
- vi) Mitos e crenças na gravidez – Desmistificação;
- vii) Informação científica actualizada sobre sexualidade na gravidez;
- viii) Auto-imagem – O reforço de uma auto-imagem positiva;
- ix) Reforço da relação conjugal promovendo o diálogo e a partilha de experiências;
- x) Incentivo à exploração da sexualidade, que é privilegiada e especial neste período único da vida do casal chamado gravidez.

Quanto ao tipo de sessão, a adoptar, este estudo revela que a forma expositiva é a preferida pelos casais para abordar a sexualidade na gravidez. O certo é que as novas tendências na educação tendem a recomendar que “não se deve dar o peixe, mas deve-se ensinar a pescar”. Deste modo, parece-nos adequado ter em consideração a opinião destes casais que poderão ter crescido num paradigma de educação formal passiva e assim recomendar sessões de tipo expositivo (se possível intercalar sessões teóricas com sessões práticas). Mas também nos parece fundamental incluir outras modalidades de educação interactiva, tais como:

- (i) a discussão em grupo (só de casais e/ou só de grávidas) e a formação interpares;
- (ii) a autoformação, com a busca de informação em outras fontes de conhecimento como livros, Internet e meios de comunicação;
- (iii) e incentivar a educação informal, incitando as grávidas e os seus companheiros a conversar com outros casais, também eles mães e pais, mais antigos (como os avós), promovendo o encontro de gerações, o reforço de laços afectivos para a construção de uma rede social de apoio e a resolução da terceira tarefa desenvolvimental (Colman & Colman, 1994).

Reforçamos ainda uma outra ideia que já apresentamos, a importância dos novos meios de comunicação como a Internet e o telemóvel. Se possível, todos os

formadores deveriam deixar o seu *e-mail* e o número do seu telemóvel (profissional) para que, a qualquer momento e lugar, as grávidas e seus companheiros pudessem colocar as suas dúvidas e encontrar resposta dos seus referenciais em educação para a saúde. Nesta transição da sociedade da informação (em que a mudança é vista e acontece de uma forma descontínua) para uma sociedade do conhecimento (em que a mudança processa-se cada vez mais em “*real time*”) (Direcção-Geral de Saúde, 2004) os profissionais de saúde devem recorrer a estratégias de interface com os cidadãos. Uma das primeiras iniciativas de interface em Portugal foi a criação das designadas “linhas azuis” através do Decreto-lei nº 135/99, de 22 de Abril. Neste sentido encontramos em Portugal algumas linhas de atendimento dirigidas à gravidez e à sexualidade que, infelizmente, são pouco conhecidas e divulgadas, mas podem ser uma preciosa ajuda em momentos de dúvida para as grávidas e seus companheiros. Deixo aqui a sugestão de divulgar mais estas linhas de atendimento às grávidas adultas (linha SOS grávida: 808201139, e linha de Serviço de Informação sobre Medicamentos e Gravidez: 800202844); às grávidas adolescentes (linha SOS Adolescentes de apoio a mães adolescentes da maternidade Bissaya Barreto: 800202484); e às pessoas com dificuldades ou dúvidas relativas à sexualidade (linha das dificuldades sexuais: 808206206).

Quanto à periodicidade, este estudo revela que homens e mulheres têm necessidades diferentes, as mulheres preferem uma periodicidade mensal e os homens uma periodicidade trimestral. O ideal seria que as sessões de educação para a saúde fossem mais regulares como, por exemplo, semanalmente ou quinzenalmente, para abordar o grande leque de temas que podem ser abordados durante a gravidez. Contudo, atendendo a que as suas respostas foram apenas relativas à sexualidade na gravidez, parece-nos que o sugerido pelos casais poderá fazer sentido. Assim, poderia elaborar-se para as grávidas uma sessão mensal por cada um dos temas acima sugeridos, e trimestralmente poder-se-ia elaborar uma sessão-resumo do abordado nesse trimestre, em que o homem estivesse presente (seria interessante, por exemplo, se fossem as próprias grávidas a preparar esse

resumo que, desta forma, seria para os educadores simultaneamente, uma forma de avaliar as sessões anteriores e uma ajuda no planeamento das sessões seguintes).

Quanto ao grupo profissional que deveria desenvolver as sessões de educação para a saúde, a escolha não recai sobre nenhum grupo específico mas sobre todos eles em conjunto. Ou seja, idealmente a educação para a saúde na gravidez e o tema da sexualidade na gravidez em particular, deveria estar a cargo de uma equipa multidisciplinar. Ao encontro desta ideia da multidisciplinaridade vão também os resultados deste estudo e a proposta de Martins (2007) no fim do seu estudo. Deste modo, muitos grupos profissionais teriam lugar na educação para a saúde. Logo no momento da concepção, geneticistas e biólogos, poderiam ter lugar, para que o acto sexual natural ou com recurso a fecundação *in vitro* pudesse dar frutos. Uma vez comprovada a gravidez, os médicos poderiam dar os seus contributos explicando a biologia e fisiologia da gravidez e suas repercussões na sexualidade, e explicando quando e porquê deverá haver abstinência sexual. Os psicólogos explicariam as alterações psicológicas da gravidez e suas repercussões na sexualidade e preparação para o ser mãe e pai. Nutricionistas explicariam as necessidades acrescidas de nutrientes e a sua acumulação no organismo materno para a futura produção de leite e apoiariam o casal na escolha equilibrada e saudável para as suas dietas diárias que lhes permitam ter energia suficiente para a actividade sexual. Sociólogos abordariam as crenças relativas à sexualidade, contextualizando-as e desmistificando-as. Os enfermeiros abordariam questões como os posicionamentos mais confortáveis nas relações sexuais e abordariam a amamentação dado que a mama constitui simultaneamente uma fonte de desejo sexual e de alimento para o bebé. Os fisioterapeutas poderiam ensinar os exercícios de *Kegel*, que ajudam tanto nas relações sexuais como no trabalho de parto, poderiam praticar exercícios de relaxamento com os casais, ensinando-os a relaxar e a criar condições para as relações sexuais. Os massagistas orientais poderiam ensinar massagens e a criar o ambiente favorável à sexualidade. Os assistentes sociais poderiam ajudar os novos pais com dificuldades económicas e com a gestão e cuidado da casa, e das outras crianças, para que possa haver tempo e disponibilidade para a sexualidade. Os

educadores poderiam elaborar esquemas interactivos nas sessões em grupo que favorecessem a partilha de experiências e a formação interpares. Os casais formadores (que se apresentam como especialistas nesta área porque já viveram esta experiência) que podem dar o seu testemunho de como ultrapassaram as dificuldades e como vivenciaram a sua sexualidade na gravidez. E ainda as próprias grávidas e seus companheiros devem ser considerados membros efectivos da equipa, revelando as suas necessidades formativas e as suas conquistas no processo de “aprender a aprender”. Como vemos, todos estes profissionais e muitos outros poderiam ter lugar numa equipa multidisciplinar de assistência e ensino às mulheres grávidas e seus companheiros. De facto, a presença de todos estes profissionais, nos períodos pré, peri e pós-natal, é de extrema importância e a poderá fazer a diferença na educação para a saúde à família na sua génese.

Quanto ao sexo dos profissionais, partilhamos da opinião da amostra que é indiferente, mesmo porque, qualidades como competência, perfil, carisma, conhecimentos, formação e gosto por este tema da sexualidade na gravidez, não se prendem com questões de género, mas sim de personalidade. Além disso, somos da opinião, que equipas mistas funcionam melhor, pois a diversidade traz riqueza e equilíbrio.

Para tudo isto, será necessário formação em sexualidade humana e sexualidade na gravidez por parte dos educadores de saúde que se disponibilizem a ser entidades referenciais de saúde para os casais “grávidos”. Sem uma mudança de atitude dos profissionais, a sexualidade continuará a ser pouco abordada ou mesmo ignorada, não se explorando o seu enorme potencial enquanto elemento fundamental para a saúde física e psicológica.

### **5.3. Aspectos positivos e contributos desta investigação**

A sexualidade continua a ser um tema de difícil investigação devido a muitos constrangimentos, pois entra na intimidade dos indivíduos. Assim, o facto de se ter conseguido recolher dados para fazer esta investigação é, por si só, um ponto muito



positivo. Houve momentos em que a dúvida na possibilidade de obtenção de dados e de uma amostra significativa (devido à baixa taxa de adesão dos casais) chegou a existir.

A sexualidade na gravidez é, de facto, um tema pouco investigado em Portugal, particularmente quando relacionada com a educação.

A grande maioria dos estudos, acerca da sexualidade na gravidez, aborda a quantidade e qualidade das relações sexuais praticadas. Neste estudo, mais do que isso, houve uma preocupação por perceber qual o **papel da sexualidade** nesta etapa da **vida de um casal**, e numa **perspectiva educacional**, que informações possuíam e do que sentiam falta.

Outro aspecto que nos parece ser significativamente positivo, foi o facto de se ter estudado o elemento masculino do casal. Na quase totalidade dos estudos realizados em Portugal, as investigações na gravidez abrangem amostras de grávidas. No entanto, em nossa opinião, a gravidez é um compasso de espera vivido a dois, pelo que faz todo o sentido ser estudado no plural (em casal), e muito mais sentido ainda faz quando se estuda a sexualidade na gravidez. Nesta linha, Trindade (1987) refere que o comportamento sexual do marido, sendo tão importante na sexualidade durante a gravidez, é, muitas vezes, esquecido e poucas vezes estudado. Tal opção revelou-se uma árdua tarefa, uma vez que não é fácil encontrar o homem nas aulas de preparação para o parto, mas extremamente compensadora e enriquecedora do nosso estudo.

## **5.4. Limitações**

### **5.4.1. Do estudo**

Dado que era nosso objectivo incluir os companheiros nesta investigação, optou-se pela recolha de dados em centros e clínicas onde houvesse aulas de preparação para o parto, na tentativa de aí conseguir encontrar casais. Desde logo,

esta nossa opção por clínicas privadas de preparação para o parto teve como consequência o condicionamento da nossa amostra: a) ao terceiro trimestre de gravidez (pois os cursos são vocacionados apenas para esse período da gravidez); b) a casais oriundos de um nível sócio-cultural médio a elevado (que têm, por um lado, rendimentos para custear estes cursos e, por outro, instrução, o que os faz valorizar este tipo de cursos, de formação e informação).

Uma segunda limitação foi de ordem cultural, visto que as pessoas nem sempre estão receptivas para responder a inquéritos nem questionários (com medo de se comprometerem) muito menos quando estes se referem a aspectos de foro íntimo (como é o caso da sexualidade).

A terceira limitação deste estudo prende-se com o requisito que foi inicialmente imposto à amostra no sentido de esta ser composta por casais com gravidez sem risco. Tal limitação deveu-se ao facto de se pretender estudar quais os factores que influenciam a sexualidade numa gravidez sem risco, em que a sexualidade não é contra-indicada por razões médicas.

A quarta limitação deste estudo está relacionada com o procedimento. É possível que não tenham sido criadas condições para uma participação autónoma e independente por parte de ambos os membros do casal. Ou seja, pode ter havido, em alguns casos, troca de ideias ou partilha de informação entre o casal, durante o preenchimento dos questionários, o que levaria a uma uniformização das respostas do casal. Contudo, da análise dos questionários constata-se que, apesar de haver respostas semelhantes, também há muitas que são completamente opostas e outras, até, contraditórias, o que leva a crer que, a ter havido influência esta, terá sido mínima.

#### **5.4.2. Do instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados por nós elaborado, mesmo tendo sido sujeito a um estudo piloto, apresentou também algumas limitações.

Detectamos que não foram incluídas no questionário perguntas que seriam pertinentes ao estudo como sejam:

(a) questionar há quantos anos estes casais são casados ou estão em união de facto, o que era um dado importante para compreender o quadro da satisfação conjugal por exemplo;

(b) questionar sobre a alteração da imagem corporal da mulher durante a gravidez, e qual a reacção de ambos os membros do casal, dado que é importante por poder constituir um factor que pode interferir muito com a sexualidade na gravidez.

Uma questão relevou-se mal concebida. O item seis “colaboração na educação dos filhos” do quadro da satisfação conjugal foi interpretado à letra e, uma vez que se tratava de casais sem filhos, uma grande percentagem não respondeu. O alcance da pergunta era mais abrangente, procurando perceber se: no conceito de educação, o trato com as crianças e outros aspectos relativos a lidar com os filhos, o casal estava em sintonia ou se era motivo de conflito. Por falta de dados, esta análise revelou-se impossível.

Curiosamente, chega-se ao fim da investigação e muitas perguntas colocadas no questionário, que se acreditava poderem dar muita informação e serem relevantes, acabaram por ser menos úteis do que inicialmente se pensava. Exemplos disso são: (i) a questão acerca do número de filhos (ii) e as questões relativas à gravidez da companheira no questionário masculino.

### **5.5. Sugestões para futuras investigações**

No futuro, seria interessante estudar casais com gravidez de risco, e neles investigar que sexualidade têm, se as restrições e/ou proibições são ou não cumpridas e até que ponto essas restrições constituem motivo de tristeza/insatisfação ou de outras patologias no casal.

Para além disso, parece-nos pertinente alargar este tipo de estudos a amostras de nível sócio-cultural e económico mais baixo, para avaliar as suas necessidades

educacionais, uma vez que, em princípio, estes indivíduos não têm rendimentos para financiar cursos de preparação para o parto privados, ou não os valorizam.

Não existem muitos estudos acerca do homem durante o decurso da gravidez. É, pois, importante que futuras investigações contrariem esta tendência e incluam o marido/companheiro nas suas pesquisas. Os estudos que abrangem o casal ficam mais completos, mais ricos em conteúdo e com maior probabilidade de leitores por um público feminino e masculino.

### **5.6. Principais Conclusões**

A principal conclusão a retirar da nossa investigação é a de que existe efectivamente uma sexualidade na gravidez (e não uma assexualidade) e que esta ultrapassa o coito em si, abrangendo gestos como mimos e carinhos. A verdade é que a sexualidade, no seu conceito mais completo e abrangente, existe durante a gravidez podendo, por vezes, ser ainda melhor do que antes de esta ocorrer.

Outra conclusão é o facto de ainda se encontrarem crenças na gravidez e de estas serem encontradas tanto nas grávidas como nos seus companheiros, o que revela que este é um dado que não deve ser ignorado na abordagem a ambos os membros do casal. Ao nível da sexualidade na gravidez, estas crenças também existem e urge desmistificá-las para uma vivência mais livre e completa da gravidez e da sexualidade nesta etapa da vida do casal.

Quanto aos conhecimentos, verificámos que há ainda falta de informação ao nível da sexualidade na gravidez e que os profissionais de saúde têm um importante lugar a conquistar. Embora a educação para a saúde seja uma área da competência dos enfermeiros por excelência, apenas cerca de metade da amostra os menciona. Isto alerta para a necessidade de formação contínua, nomeadamente na área da sexualidade e intervenção familiar, para efectivamente se terem conhecimentos e perfil para abordar empática e abertamente todo e qualquer tema de sexualidade.

Um resultado de relevo deste estudo é a importância do/a companheiro/a na educação para a saúde, uma vez que é o principal interlocutor nos diálogos e surge

como fonte de informação sobre sexualidade. Acredita-se, assim, que fazer do companheiro/a um parceiro/a na educação para a saúde é um passo para o sucesso da mesma.

Por fim, resta referir que são os próprios casais que realçam a importância deste tema e a necessidade de este ser falado e discutido em casal, de modo que o objectivo último deste estudo, que era alertar para este tema e realçar a sua importância, se considera cumprido.

### **5.7. Considerações Finais**

A Educação para a Saúde é uma área por excelência do cuidado em enfermagem, pois permite trazer ganhos em saúde efectivos (a curto e longo prazo). É, no entanto, uma área muito vasta e com muito por fazer. Na realidade, a Educação para a Saúde tende a ser uma área que é de todos e, simultaneamente, não é de ninguém, uma área cinzenta onde ninguém se responsabiliza e onde todos os que aí trabalham o fazem por empenho pessoal, sem qualquer reconhecimento das patentes hierárquicas. Esta é uma área de intervenção onde a interdisciplinaridade faz todo o sentido (como o comprova este estudo), pelo que o que falta, em nossa opinião, é que exista um grupo profissional que funcione como elo de ligação, coesão, organização e gestão destas equipas. Esse grupo profissional poderia ser a enfermagem dada a sua experiência nesta área.

A gravidez constitui um momento único para fazer Educação para a Saúde por dois motivos. Por um lado, porque aproxima as pessoas (neste caso, a família na sua génese) dos profissionais de saúde (educadores de saúde por tradição e obrigação). Por outro lado, porque encontra do lado do casal uma motivação, abertura e disponibilidade para aprender. Devem então ser criadas equipas multidisciplinares em Educação para a Saúde onde sejam incorporadas casais de mães/pais e as próprias grávidas e seus companheiros. Os casais de mães/pais funcionariam como especialistas em gravidez (porque já viveram esta experiência) e fariam uma educação interpares, a qual pode ser definida como “(...) comunicação

par a par” (Martins, 2007, p. 268). Assim, poderia existir um grupo de mães/pais que funcionassem como elementos de apoio e de segurança para lá das paredes espaço físico da formação. O ideal seria que, para cada casal à espera de um bebé, pudesse existir um casal formador de referência que os ajudasse nas mais variadas situações. Isto porque como diz Kitzinger (1978, p. 32) “(...) duvido muito que seja de visitas que uma jovem mãe precisa, ainda que estas sejam pessoas especializadas. Ser-lhe-ia muito útil a ajuda de alguém que arregaçasse as mangas para limpar a casa e cozinhar, permitindo que a mãe e o bebé ficassem na cama juntos, como se passa com as assistentes sociais na Holanda”. Outrora estas pessoas que “arregaçavam as mangas” e ajudavam a futura mãe eram as outras mulheres da família. No entanto, nos dias de hoje, temos de estar conscientes que, numa sociedade em constante evolução, em que as famílias tendem a ser monoparentais ou reconstituídas, onde os laços com as gerações mais antigas se perdem ou se diluem com as novas exigências de mobilidade e disponibilidade profissionais, a recém-mãe/pai podem encontrar-se após o parto totalmente sozinha(o). É necessário criar sistemas de apoio para estes pais, por exemplo, através dos casais de referência, que iniciariam o seu contacto com a grávida e seu companheiro e o manteriam ao longo do tempo de gravidez e no pós-parto, o que permitiria a criação de laços de amizade e apoio duradouros. Este esquema de apoio é utilizado com sucesso em outros casos como, por exemplo, nos centros de preparação para o matrimónio (CPM) onde, a cada casal de noivos, é atribuído um casal de referência para os ajudar na integração ao casamento, ou nos grupos de alcoólicos anónimos onde, a cada recém-chegado ao grupo, é dado um elemento de referência mais antigo para o ajudar na sua nova vida sem álcool. Na nossa opinião, estes casais de mães/pais formadores constituiriam uma mais-valia para as equipas multidisciplinares em educação para a saúde na gravidez e uma valiosa ajuda na vida quotidiana da nova família em formação.

Infelizmente, a educação para a saúde pré-natal em Portugal apenas abrange as mulheres pois são elas que ficam biologicamente grávidas. Além disso, ainda existe, em alguns núcleos populacionais, o preconceito do homem se imiscuir em

assuntos tradicionalmente atribuídos às mulheres, porque os profissionais e programas de saúde ainda não envolvem suficientemente o pai nos cuidados e preparações pré-natais. A própria lei Portuguesa não dá dispensa de trabalho ao pai (como dá à mãe) para acompanhar a sua companheira às consultas de vigilância pré-natal.

Se a Educação para a Saúde durante a gravidez é importante, a educação sexual, que é parte integrante da mesma, também o é, pois nesta fase de maior proximidade com os profissionais de saúde podem detectar-se problemas anteriores e actuais e prevenir futuros. No nosso país, à educação para a saúde ainda não é dado o devido valor e a educação sexual é praticamente ignorada. Se isto é verdade para a população em geral, o período perinatal cumpre a regra pela qual se pauta o país – silêncio.

A nossa missão neste estudo relacionou-se com dois compromissos: discutir a temática da sexualidade na gravidez, na óptica do casal, e da educação para a saúde. Quanto à óptica do casal, neste trabalho quisemos incorporar a visão masculina da experiência da gravidez, e a experiência feminina da sexualidade na gravidez. Se, por um lado, o homem não deixa de ter sentimentos durante a gravidez, por outro, a mulher não deixa de ter desejos durante a gravidez. Quanto à educação para a saúde, esperamos ter dado o nosso contributo para trazer um pouco de luz a esta reflexão e discussão da sexualidade na gravidez uma vez que, nas palavras de Trindade “As actividades sexuais deverão ser permitidas e até estimuladas, não só pelo que podem representar para a estabilidade emocional do casal como também, num contexto mais geral, corresponderem a um passo importante na desmistificação dos tabus ligados à gravidez” (1987, p. 92).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANKRETT, et al (1992). Enciclopédia de medicina. 1ª ed. Lisboa: Selecções do Reader's Digest.
- BARBAUT, Jaques (1990). *O Nascimento, através dos tempos e dos povos*. Lisboa: Terramar, pp. 109-113.
- BAYLE, Filomena (2005). A parentalidade. In LEAL, Isabel (org.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, pp. 317-346.
- BENTO, M. (1992). *Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress/ansiedade na gravidez*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca [texto policopiado].
- BOBAK, I; LOWDERMILK, D. & JENSEN, M (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4º ed. Lisboa: Lusociência.
- BURROUGHS, Arlene (1995). *Enfermagem Materna*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- CANAVARRO, Maria Cristina (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- CARVALHO, G. (2002). Literacia para a Saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In LEANDRO, M; ARAÚJO, M. & COSTA, M. (org.). *Saúde. As teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional – Saúde e discriminação Social*. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- CARVALHO, Amâncio & CARVALHO, Graça (2005). *Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde*. Braga: Repositório da Universidade do Minho. (<http://repositorium.sdum.uminho.pt/dspace/handle/1822/4647>)



CARVALHO, Amâncio & CARVALHO, Graça (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

CIPE (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0*. Geneva (Switzerland), [Tradução do original: ICN – International Council of Nurses].

COLLIÉRE, Marie Françoise (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLMAN, Libby Lee & COLMAN, Artur D. (1994) [1991]. *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

COLOMER, Francisco Donat (2000). *Enfermería maternal y ginecológica*. Barcelona: Masson.

CORRÊA, Sônia; JANNUZZI, Paulo de Martino & ALVES, José Eustáqui Dinis (2003). *Direitos e saúde sexual reprodutiva: Marco teórico-conceitual e sistema de Indicadores*. Rio de Janeiro.

([http://www.abep.org.br/fotos/Dir\\_Sau\\_Rep.pdf](http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf))

COUTO, Germano (2003). *Preparação para o parto, representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (1998). 8ª ed. Porto: Porto Editora.

DICKASON, Elizabeth Jean (1995). *Enfermaria Materno-Infantil*. Madrid: Mosby/Doyma Livros.

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1991). *Vigilância Pré-natal e revisão do puerpério, orientações técnicas 2* (revista). Lisboa: Divisão de Documentação e Divulgação.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes) (1998). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar - Orientações Técnicas 9*. Lisboa.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Vol. I – Prioridades, Vol.II – Orientações estratégicas. Lisboa.  
([http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/1B55859D-1CEB-4F8E-A45F-C601F3C60D60/0/Plano\\_Nacional\\_Saude\\_2004.pdf](http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/1B55859D-1CEB-4F8E-A45F-C601F3C60D60/0/Plano_Nacional_Saude_2004.pdf))

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PLANEAMENTO FAMILIAR (1999). *Carta dos direitos sexuais e reprodutivos*. (Livro da DGS)

FONSECA, Maria Manuela Pereira (2005). *Conhecimentos e Opiniões de estudantes do ensino superior politécnico*. Braga: Tese de mestrado da Universidade do Minho [Texto Policopiado].

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) [1996]. *O processo de investigação, da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

GARNIER, G & GONDONNEAU, J. (1975). *A sexualidade da mulher grávida*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

GRAFFAR, Marcel (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courier*, 6, p. 455.

HAINES, Christopher J. ; SHAN, YUEN Oi; KUEN, Chan Lau; LEUNG, Denis H.Y.; CHUNG, Tony K.H. & CHIN, Robert (1996). Sexual behaviour in pregnancy among Hong Kong Chinese Women. *Journal of Psychosomatic research*, vol. 40, nº 3, pp. 299-304.

JOAQUIM, Teresa (1983). *Dar à luz: ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Publicações D. Quixote, pp.13-101.

KITZINGER, Sheila (1978). *Mães: Um estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.

LEAL, Isabel (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann Meyer & Waldow, Vera Regina (orgs.) (1996). *Género e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas

MARTINS, Maria de Fátima da Silva Vieira (2003). *Mitos e crenças na gravidez – Sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*. Braga: Tese de mestrado em Sociologia da Saúde da Universidade do Minho [Texto Policopiado].

MARTINS, Maria de Fátima da Silva Vieira (2007). *Mitos e crenças na gravidez – Sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*. Lisboa: Edições Colibri [Este livro é apenas um resumo da tese de mestrado].

MEDEIROS, Maria Antonieta Pereira de Carvalho da Palma (2000). *Satisfação sexual e relacionamento conjugal na gravidez: estudo comparativo*. Porto: Tese de mestrado em Ciências de Enfermagem da Universidade do Porto [Texto Policopiado].

OLIVEIRA, Clara Costa (2002). *Perspectivas holistas na educação para a saúde*. Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educacion, nº6, vol. 8, pp. 39- 46.

OLIVEIRA, Clara Costa (2004). *Auto-organização, educação e saúde*. Coimbra: Ariadne editora.

PERIGO, G. (1961). *A luta contra a dor: o parto indolor*. Lisboa: União Gráfica, 1961.

PORTELINHA, Cândida (2003). *Sexualidade durante a Gravidez*. Coimbra: Quarteto Editora.

- REDMAN, Barbara Klug (2003) [2001] A prática da Educação para a Saúde. 9ª ed. Loures: Lusociência.
- RYNERSON, Barbara C. & LOWDERMILK, Deitra L. (1996). Intimidades Sexuais Durante a Gestação. In KNUPPEL, Robert A. & DRUKKER, Joan E. (orgs.). Alto Risco em Obstetrícia: Um Enfoque Multidisciplinar. 2ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas.
- SAMPAIO, Daniel; BAPTISTA, Maria Isabel da Costa Antunes Machado; MATOS, Margarida Gaspar de & SILVA, Miguel Oliveira da (2005). Grupo de trabalho de educação sexual – Relatório Preliminar. Lisboa.
- SILVA, Ana Isabel & FIGUEIREDO, Bárbara (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25, (3), pp. 253-264.  
(<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf>)
- SOARES, Isabel (2002). *A vinculação vinculada - Lição de síntese para efeitos de Provas de Agregação*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- SOMIGIC (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais). (2000). *Ginecologia e Obstetrícia*. 2ª ed., São Paulo: MEDSI, pp. 432- 438, 459- 468.
- TONES, K. & TILFORD, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- TONES, K. & TILFORD, S. (2001). *Health promotion. Effectiveness, efficiency and equity*. Chenttenham. Nelson Thornes, Ld.
- TRINDADE, Luís (1987). A sexualidade na Gravidez. In ALLEN Gomes, Francisco; ALBUQUERQUE, Afonso de & Nunes, J. Silveira. *Sexologia em Portugal*. Vol. I. Lisboa: Texto Editora, pp. 84- 93.

VALENTINE, Deborah P. (1982). The experience of pregnancy: a developmental process. *Family Relations*, Vol. 31, No. 2 (Apr.), pp. 243-248.

(<http://links.jstor.org/sici?sici=0197-6664%28198204%2931%3A2%3C243%3ATEOPAD%3E2.0.CO%3B2-I&size=LARGE&origin=JSTOR-enlargePage>)

VELLAY, Pierre (1998). *A vida sexual da mulher: o método psicoprofilático do parto sem dor*. 8ª ed. Lisboa: Editorial Estampa.

## SITES DA INTERNET REFERENCIADOS:

OMS (1978). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários

[http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exibe1.asp?cod\\_noticia=199](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=199)

(22.01.08)

OMS (1986). Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde

[http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exibe1.asp?cod\\_noticia=202](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=202)

(22.01.08)

OMS (1997). Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde

[http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exibe1.asp?cod\\_noticia=204](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=204)

(22.01.08)

VILARINHO, Rosa (2003). *Testemunhos*. Centro de preparação para o parto “Barriguitas”

<http://www.barriguitas.no.comunidades.net/index.php?pagina=1112291078>

(22.01.08)

WHO (2006). *Defining sexual health, report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining\\_sh.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining_sh.pdf)

(22.01.08)

WHO-IPPF (2006). *Sexuality Education in Europe, a reference guide to policies and practices*. Brussels, IPPF European network.

[http://www.euro.who.int/Document/RHP/SexEd\\_in\\_Europe.pdf](http://www.euro.who.int/Document/RHP/SexEd_in_Europe.pdf)

(22.01.08)



## **ANEXO 1**

---

**INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS – VERSÃO FEMININA**



## ***SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ***

### ***AValiação DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM CASAIS***

OLIVEIRA & MARTINS (UNIVERSIDADE DO MINHO, 2007)

**VERSÃO FEMININA PARA INVESTIGAÇÃO**

#### **INFORMAÇÃO**

No âmbito do mestrado em Educação para a Saúde, da Universidade do Minho, foi elaborado este questionário, onde se procura conhecer a sexualidade na gravidez do casal e avaliar as suas necessidades de formação.

O anonimato dos questionários e a confidencialidade da informação são garantidos pelas mais rigorosas regras éticas das instituições envolvidas e inerentes a um trabalho desta natureza.

Agradecemos que dê o seu consentimento, depois de devidamente informado e esclarecido.

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que:

Após devidamente esclarecido(a) da natureza e objectivos do estudo, e com a garantia do meu anonimato e da confidencialidade dos dados, autorizo a utilização dos dados recolhidos por questionário para a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Sexualidade na Gravidez – avaliação das necessidades de formação em mulheres grávidas e seus companheiros”, a realizar pela enfermeira Carla Susana Gomes de Oliveira a frequentar o segundo ano de mestrado em Educação para a Saúde na Universidade do Minho. Este trabalho encontra-se sob a orientação da Doutora Carla Martins, Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

Braga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

---

(Assinatura)

## ***SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ***

### ***AValiação das Necessidades de Formação em Casais***

OLIVEIRA & MARTINS (UNIVERSIDADE DO MINHO, 2007)

VERSÃO FEMININA PARA INVESTIGAÇÃO

Com este questionário procura-se conhecer a sexualidade na gravidez do casal e avaliar as suas necessidades de formação, para no futuro tentar colmatar essas falhas.

Este é um trabalho de investigação académico no qual a sua participação como casal é essencial.

O anonimato dos questionários e a confidencialidade da informação são garantidos pelas mais rigorosas regras éticas das instituições envolvidas e inerentes a um trabalho desta natureza.

Agradecemos, desde já, todo o tempo disponibilizado, toda a atenção dedicada e toda a honestidade envolvida no preenchimento deste questionário.

#### **I. Dados pessoais, sócio-demográficos e culturais**

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Estado Civil \_\_\_\_\_

3. Escolaridade \_\_\_\_\_

4. Profissão \_\_\_\_\_

5. Qual o tipo de seu aglomerado residencial? (Assinale com uma X a sua resposta)

Cidade (urbano) ☐

Arredores da cidade (peri-urbano) ☐

Aldeia (rural) ☐

6. Qual a sua religião? (Assinale com uma X a sua resposta)

Católica ☐

Ortodoxa ☐

Anglicana ☐

Protestante ☐ Diga qual a orientação \_\_\_\_\_

Tem outra posição perante as religiões/espiritualidade? ☐ Diga qual \_\_\_\_\_

#### **II. História Obstétrica**

7. Nº de Gravidezes (incluindo a actual) \_\_\_\_\_

8. Tempo de gestação actual (em semanas) \_\_\_\_\_

9. Gravidez actual: sem risco ☐

com risco ☐

9. 1. Se gravidez com risco, qual o motivo? (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Gémeos ☐

Idade da Mãe (inferior a 18 ou superior a 39 anos) ☐

Abortos anteriores ☐

Parto Anterior Complicado ☐

Doença do feto/bebé ☐

Doença Materna ☐

### III. Satisfação Conjugal

10. Numa escala de 1 (Muito insatisfeita) e 5 (Muito satisfeita), por favor, avalie o seu grau de satisfação conjugal em cada uma das seguintes áreas (Assinale com uma X apenas uma opção de resposta em cada linha)

	Muito Insatisfeita	Insatisfeita	Nem Insatisfeita/ Nem Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
1. Projectos de vida do casal					
2. Comunicação entre o casal					
3. Sexualidade do casal					
4. Liberdade para tomar decisões autonomamente (sem ele)					
5. Actividade social do casal					
6. Colaboração na educação dos filhos					
7. Partilha das tarefas domésticas					
8. Estabilidade no emprego dele					
9. Participação monetária					
10. Satisfação conjugal geral					

### IV. Sexualidade

11. **Sexualidade é:** (Assinale com uma X a/s frase/s que, na sua opinião, definem sexualidade.)

a) Contacto genital ☐

b) Uma forma de obter prazer ☐

c) Uma necessidade humana básica ☐

d) Um conjunto de sentimentos, desejos e comportamentos que envolvem uma relação sexual ☐

e) Um processo através do qual se assegura a reprodução humana ☐

f) Uma forma de demonstrar carinho, afecto e/ou amor ☐

g) Uma obrigação conjugal ☐

h) Uma parte do ser mulher/homem ☐

i) Uma energia que tem influência na nossa vida ao nível da saúde, relacional, social ☐

j) Outra definição ☐ Diga qual \_\_\_\_\_

12. O comportamento do seu marido/companheiro desde que engravidou sofreu alterações?

Sim ☐ Não ☐

**12.1. Se sim, a que níveis sentiu que houve mudança:** (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Nos sentimentos ☐ Nos comportamentos ☐ Na sexualidade ☐

**13. Actualmente tem relações sexuais?** Sim ☐ Não ☐

**13.1. Qualquer que tenha sido a sua resposta anterior por favor, diga porquê?** (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Razões Clínicas ☐ Razões Religiosas ☐ Razões Culturais ☐

Razões Pessoais ☐ Outra Razão ☐ Diga qual \_\_\_\_\_

**14. Que tipo de sexualidade pratica?** (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Sexo Genital ☐ Sexo Oral ☐ Sexo Anal ☐ Masturbação Manual ☐

Beijos/Carícias/Mimos ☐ Outro Tipo ☐ Diga qual \_\_\_\_\_

**15. Acredita que ter relações sexuais durante a gravidez é...** (Assinale com uma X a sua resposta a cada uma das questões):

	Sim	Não
1. Perigoso para a mãe?		
2. Aprovado pois evita que o homem procure outra mulher?		
3. Pecado?		
4. Saudável para o feto/bebé pois ele sente que os pais se amam?		
5. Perverso pois agora a mulher é futura mãe?		
6. Egoísmo por parte do casal?		
7. Perigoso para o feto/bebé?		
8. Puro porque há amor?		
9. Sujo por causa do esperma que o homem liberta?		
10. Doentio pois pode provocar ou transmitir infecções?		
11. Desnecessário?		
12. Uma ajuda preciosa no parto pois as relações sexuais favorecem as contracções?		
13. Reprovado socialmente?		
14. Bom porque contribuem para que o feto se desenvolva bem?		
15. Feio o feto/bebé sentir o prazer dos pais?		
16. Necessário enquanto manifestação de sentimentos entre o casal?		

## V. Educação

**16. Habitualmente com quem conversa acerca da sexualidade em geral?** (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Marido/Companheiro ☐ Amigas/os ☐ Mãe/Pai ☐

Profissional de saúde ☐ Quem? \_\_\_\_\_ Outra pessoa ☐ Quem? \_\_\_\_\_

17. Obteve, ou ainda obtém, informação acerca da sexualidade na gravidez? Sim ☐ Não ☐

17.1. Se Sim, de quem recebeu informação: (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Marido/Companheiro ☐ Amigas/os ☐ Educador/a ☐ Livros ☐

Familiar ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

Profissional de Saúde ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

Meios de comunicação social ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

17.2. Se Não, de quem gostaria de receber informação: (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Marido/Companheiro ☐ Amigas/os ☐ Educador/a ☐ Livros ☐

Familiar ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

Profissional de Saúde ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

Meios de comunicação social ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

18. As perguntas que se seguem pretendem responder à pergunta: Como gostaria que essa informação acerca da sexualidade na gravidez lhe fosse dada? (Assinale com uma X apenas a resposta que pensa ser a mais indicada)

18.1. Qual o tipo de sessão que preferia para abordar este tema?

Exposição de temas ☐ Discussão em grupos ☐ Diálogo pessoal ☐

18.2. Qual a periodicidade que pretendia?

Semanal ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐

18.3. Considera que deveria/deveriam ser desenvolvidas:

Individualmente ☐ Em casal ☐

Em grupo de grávidas ☐ Em grupo de casais ☐

18.4. Qual o grupo profissional mais indicado para as desenvolver?

Médicas/os ☐ Enfermeiras/os ☐ Educadores ☐ Grupo Multidisciplinar ☐

18.5. Gostaria que esses profissionais fossem preferencialmente do:

Sexo Feminino ☐ Sexo Masculino ☐ É indiferente ☐

**19. Sabia que...** (Assinale com uma X a sua resposta a cada uma das questões):

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. A prática de masturbação, individual ou mútua, ou sexo oral, pode ser usada como alternativa ao coito vaginal?		
2. Os homens que gostam de praticar sexo oral na mulher podem não sentir tanto prazer, durante a gravidez, devido ao cheiro intenso das secreções vaginais?		
3. Durante o sexo oral deve evitar-se a insuflação de ar para dentro da vagina, sobretudo durante as últimas semanas de gravidez?		
4. As mulheres grávidas, sobretudo as que já têm filhos, apresentam grande sensibilidade nos seios, durante o primeiro trimestre, sendo esta situação normal e passageira?		
5. As posições em que a mulher está por cima permitem um alívio da pressão sobre a barriga e a mulher pode controlar o grau de profundidade de penetração do pénis?		
6. As grávidas com um abdómen volumoso devem evitar estar deitadas de barriga para cima tanto nas relações sexuais como para dormir, para não comprimirem vasos sanguíneos importantes que ao serem comprimidos podem provocar desmaios?		
7. As grávidas de final do tempo e mães a amamentar podem perder leite de forma espontânea, em resposta à estimulação sexual?		
8. O desejo sexual da mulher pode estar aumentado devido a factores hormonais próprios da gravidez, sobretudo durante o segundo trimestre, e podem dar à mulher orgasmos muito satisfatórios e prolongados?		
9. Se não existirem razões médicas para a abstinência sexual, então não terá de modificar em quase nada os seus hábitos neste domínio durante toda a gravidez?		
10. As relações sexuais muito próximo do nascimento do bebé podem até acelerar o trabalho de parto (se o colo do útero já estiver preparado), pois o esperma masculino contém uma substância, a prostaglandina, que estimula as contracções do útero?		

**20. Acredita que, enquanto casal, se tivessem mais informação sobre a sexualidade na gravidez poderiam viver esta etapa de uma forma?** (Assinale com uma X a sua resposta):

Mais Feliz ☐ Feliz ☐ Nem Feliz/Nem Infeliz ☐ Infeliz ☐ Mais Infeliz ☐

**21. Em apenas UMA frase como descreveria a sexualidade na gravidez?**

---

Muito obrigada pela sua colaboração

*Nota: Por Favor junte o seu questionário ao do seu companheiro colocando-lhe o clipe.*



## **ANEXO 2**

---

**INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS – VERSÃO MASCULINA**

## ***SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ***

### ***AValiação DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM CASAIS***

OLIVEIRA & MARTINS (UNIVERSIDADE DO MINHO, 2007)

**VERSÃO MASCULINA PARA INVESTIGAÇÃO**

#### **INFORMAÇÃO**

No âmbito do mestrado em Educação para a Saúde, da Universidade do Minho, foi elaborado este questionário, onde se procura conhecer a sexualidade na gravidez do casal e avaliar as suas necessidades de formação.

O anonimato dos questionários e a confidencialidade da informação são garantidos pelas mais rigorosas regras éticas das instituições envolvidas e inerentes a um trabalho desta natureza.

Agradecemos que dê o seu consentimento, depois de devidamente informado e esclarecido.

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que:

Após devidamente esclarecido(a) da natureza e objectivos do estudo, e com a garantia do meu anonimato e da confidencialidade dos dados, autorizo a utilização dos dados recolhidos por questionário para a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Sexualidade na Gravidez – avaliação das necessidades de formação em mulheres grávidas e seus companheiros”, a realizar pela enfermeira Carla Susana Gomes de Oliveira a frequentar o segundo ano de mestrado em Educação para a Saúde na Universidade do Minho. Este trabalho encontra-se sob a orientação da Doutora Carla Martins, Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

Braga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

  

---

(Assinatura)

## ***SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ***

### ***AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM CASAIS***

OLIVEIRA & MARTINS (UNIVERSIDADE DO MINHO, 2007)

VERSÃO MASCULINA PARA INVESTIGAÇÃO

Com este questionário procura-se conhecer a sexualidade na gravidez do casal e avaliar as suas necessidades de formação, para no futuro tentar colmatar essas falhas.

Este é um trabalho de investigação académico no qual a sua participação como casal é essencial.

O anonimato dos questionários e a confidencialidade da informação são garantidos pelas mais rigorosas regras éticas das instituições envolvidas e inerentes a um trabalho desta natureza.

Agradecemos, desde já, todo o tempo disponibilizado, toda a atenção dedicada e toda a honestidade envolvida no preenchimento deste questionário.

#### **I. Dados pessoais, sócio-demográficos e culturais**

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Estado Civil \_\_\_\_\_

3. Escolaridade \_\_\_\_\_

4. Profissão \_\_\_\_\_

5. Qual o tipo de seu aglomerado residencial? (Assinale com uma X a sua resposta)

Cidade (urbano) ☐

Arredores da cidade (peri-urbano) ☐

Aldeia (rural) ☐

6. Qual a sua religião? (Assinale com uma X a sua resposta)

Católico ☐

Ortodoxo ☐

Anglicano ☐

Protestante ☐ Diga qual a orientação \_\_\_\_\_

Tem outra posição perante as religiões/espiritualidade? ☐ Diga qual \_\_\_\_\_

#### **II. História Obstétrica**

7. Nº de Filhos \_\_\_\_\_

8. Tempo de gestação da actual gravidez (em semanas) \_\_\_\_\_

9. Gravidez actual: sem risco ☐

com risco ☐

9. 1. Se gravidez com risco, qual o motivo? (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Gémeos ☐

Idade da Mãe (inferior a 18 ou superior a 39 anos) ☐

Abortos anteriores ☐

Parto Anterior Complicado ☐

Doença do feto/bebé ☐

Doença Materna ☐

### III. Satisfação Conjugal

10. Numa escala de 1 (Muito insatisfeito) e 5 (Muito satisfeito), por favor, avalie o seu grau de satisfação conjugal em cada uma das seguintes áreas (Assinale com uma X apenas uma opção de resposta em cada linha)

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Insatisfeito/ Nem Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1. Projectos de vida do casal					
2. Comunicação entre o casal					
3. Sexualidade do casal					
4. Liberdade para tomar decisões autonomamente (sem ela)					
5. Actividade social do casal					
6. Colaboração na educação dos filhos					
7. Partilha das tarefas domésticas					
8. Estabilidade no emprego dela					
9. Participação monetária					
10. Satisfação conjugal geral					

### IV. Sexualidade

11. **Sexualidade é:** (Assinale com uma X a/s frase/s que, na sua opinião, definem sexualidade.)

a) Contacto genital ☐

b) Uma forma de obter prazer ☐

c) Uma necessidade humana básica ☐

d) Um conjunto de sentimentos, desejos e comportamentos que envolvem uma relação sexual ☐

e) Um processo através do qual se assegura a reprodução humana ☐

f) Uma forma de demonstrar carinho, afecto e/ou amor ☐

g) Uma obrigação conjugal ☐

h) Uma parte do ser mulher/homem ☐

i) Uma energia que tem influência na nossa vida ao nível da saúde, relacional, social ☐

j) Outra definição ☐ Diga qual \_\_\_\_\_

12. O comportamento da sua esposa/companheira desde que engravidou sofreu alterações?

☐

☐

Sim Não

12.1. Se sim, a que níveis sentiu que houve mudança: (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Nos sentimentos ☐ Nos comportamentos ☐ Na sexualidade ☐

13. Actualmente tem relações sexuais? Sim ☐ Não ☐

13.1. Qualquer que tenha sido a sua resposta anterior por favor, diga porquê? (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Razões Clínicas ☐ Razões Religiosas ☐ Razões Culturais ☐

Razões Pessoais ☐ Outra Razão ☐ Diga qual \_\_\_\_\_

14. Que tipo de sexualidade pratica? (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Sexo Genital ☐ Sexo Oral ☐ Sexo Anal ☐ Masturbação Manual ☐

Beijos/Carícias/Mimos ☐ Outro Tipo ☐ Diga qual \_\_\_\_\_

15. Acredita que ter relações sexuais durante a gravidez é... (Assinale com uma X a sua resposta a cada uma das questões):

	Sim	Não
1. Perigoso para a mãe?		
2. Aprovado pois evita que o homem procure outra mulher?		
3. Pecado?		
4. Saudável para o feto/bebé pois ele sente que os pais se amam?		
5. Perverso pois agora a mulher é futura mãe?		
6. Egoísmo por parte do casal?		
7. Perigoso para o feto/bebé?		
8. Puro porque há amor?		
9. Sujo por causa do esperma que o homem liberta?		
10. Doentio pois pode provocar ou transmitir infecções?		
11. Desnecessário?		
12. Uma ajuda preciosa no parto pois as relações sexuais favorecem as contracções?		
13. Reprovado socialmente?		
14. Bom porque contribuem para que o feto se desenvolva bem?		
15. Feio o feto/bebé sentir o prazer dos pais?		
16. Necessário enquanto manifestação de sentimentos entre o casal?		

## V. Educação

16. Habitualmente com quem conversa acerca da sexualidade em geral? (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Esposa/Companheira ☐ Amigos/as ☐ Mãe/Pai ☐

Profissional de saúde ☐ Quem? \_\_\_\_\_ Outra pessoa ☐ Quem? \_\_\_\_\_

17. Obteve ou ainda obtém informação acerca da sexualidade na gravidez? Sim ☐ Não ☐

17.1. Se Sim, de quem recebeu informação: (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Esposa/Companheira ☐ Amigos/as ☐ Educador/a ☐ Livros ☐

Familiar ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

Profissional de Saúde ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

Meios de comunicação social ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

17.2. Se Não, de quem gostaria de receber informação: (Assinale com uma X a(s) sua(s) resposta(s))

Esposa/Companheira ☐ Amigos/as ☐ Educador/a ☐ Livros ☐

Familiar ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

Profissional de Saúde ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

Meios de comunicação social ☐ Diga qual ou quais \_\_\_\_\_

18. As perguntas que se seguem pretendem responder à pergunta: Como gostaria que essa informação acerca da sexualidade na gravidez lhe fosse dada? (Assinale com uma X apenas a resposta que pensa ser a mais indicada)

18.1. Qual o tipo de sessão que preferia para abordar este tema?

Exposição de temas ☐ Discussão em grupos ☐ Diálogo pessoal ☐

18.2. Qual a periodicidade que pretendia?

Semanal ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐

18.3. Considera que deveria/deveriam ser desenvolvidas:

Individualmente ☐ Em casal ☐

Em grupo de grávidas ☐ Em grupo de casais ☐

18.4. Qual o grupo profissional mais indicado para as desenvolver?

Médicas/os ☐ Enfermeiras/os ☐ Educadores ☐ Grupo Multidisciplinar ☐

18.5. Gostaria que esses profissionais fossem preferencialmente do:

Sexo Feminino ☐ Sexo Masculino ☐ É indiferente ☐

**19. Sabia que...** (Assinale com uma X a sua resposta a cada uma das questões):

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. A prática de masturbação, individual ou mútua, ou sexo oral, pode ser usada como alternativa ao coito vaginal?		
2. Os homens que gostam de praticar sexo oral na mulher podem não sentir tanto prazer, durante a gravidez, devido ao cheiro intenso das secreções vaginais?		
3. Durante o sexo oral deve evitar-se a insuflação de ar para dentro da vagina, sobretudo durante as últimas semanas de gravidez?		
4. As mulheres grávidas, sobretudo as que já têm filhos, apresentam grande sensibilidade nos seios, durante o primeiro trimestre, sendo esta situação normal e passageira?		
5. As posições em que a mulher está por cima permitem um alívio da pressão sobre a barriga e a mulher pode controlar o grau de profundidade de penetração do pénis?		
6. As grávidas com um abdómen volumoso devem evitar estar deitadas de barriga para cima tanto nas relações sexuais como para dormir, para não comprimirem vasos sanguíneos importantes que ao serem comprimidos podem provocar desmaios?		
7. As grávidas de final do tempo e mães a amamentar podem perder leite de forma espontânea, em resposta à estimulação sexual?		
8. O desejo sexual da mulher pode estar aumentado devido a factores hormonais próprios da gravidez, sobretudo durante o segundo trimestre, e podem dar à mulher orgasmos muito satisfatórios e prolongados?		
9. Se não existirem razões médicas para a abstinência sexual, então não terá de modificar em quase nada os seus hábitos neste domínio durante toda a gravidez?		
10. As relações sexuais muito próximo do nascimento do bebé podem até acelerar o trabalho de parto (se o colo do útero já estiver preparado), pois o esperma masculino contém uma substância, a prostaglandina, que estimula as contracções do útero?		

**20. Acredita que, enquanto casal, se tivessem mais informação sobre a sexualidade na gravidez poderiam viver esta etapa de uma forma?** (Assinale com uma X a sua resposta):

Mais Feliz ☐ Feliz ☐ Nem Feliz/Nem Infeliz ☐ Infeliz ☐ Mais Infeliz ☐

**21. Em apenas UMA frase como descreveria a sexualidade na gravidez?**

---

Muito obrigada pela sua colaboração



*Nota: Por Favor junte o seu questionário ao da sua companheira colocando-lhe o clipe.*

## **ANEXO 3**

---

**TABELA DE RESPOSTAS À QUESTÃO 21**

***“Em apenas UMA frase como descreveria a sexualidade na gravidez?”***

Casal	Grávida	Companheiro
1	<i>Não responde</i>	"Normal, excepto o receio de aleijar a parceira"
2	"Quase inexistente"	"Receio em magoar a parceira ou o feto"
3	"Uma continuidade da sexualidade do casal, com alguns cuidados acrescidos"	"Normal, com ligeiras adaptações"
4	"É uma forma do casal transmitir o seu amor ao bebé enquanto que também usufrui do prazer do sexo"	"Com alguns receios devido à ignorância, mas boa como sempre"
5	"Sexualidade na gravidez é um grande desafio ..."	"A sexualidade na gravidez é mais difícil, mas tão satisfatório como antes da gravidez"
6	"A sexualidade na gravidez é uma forma de unir cada vez mais o casal"	"A sexualidade faz parte da vida das pessoas, mesmo na gravidez."
7	"A gravidez promove mais uma forma maravilhosa de viver a sexualidade"	"É igual mas com um pouco mais de cuidado"
8	"A sexualidade na gravidez, apesar de incómoda por vezes, é mais um sinal de amor entre o casal que vai para além da relação física, uma vez que são bem aceites as alterações no corpo feminino."	"A sexualidade na gravidez é a continuação de uma relação harmoniosa do casal"
9	"Depois dos primeiros meses, de passar esse desconforto é ótima"	"Durante a gravidez a sexualidade deve continuar a ser um dos aspectos de união do casal"
10	<i>Não responde</i>	<i>Não responde</i>
11	"A sexualidade na gravidez é mais amor do que prazer"	"Bela"
12	"Durante a gravidez o amor e o carinho evidenciam-se"	"Amor"
13	"Criativa"	"A continuação de uma experiência salutar"
14	"Tão normal como em qualquer outro momento da vida"	"Satisfatória"
15	<i>Não responde</i>	<i>Não responde</i>

Casal	Grávida	Companheiro
16	“A sexualidade na gravidez é algo natural e que faz sentido entre duas pessoas que se amam”	“Normal”
17	<i>Não responde</i>	“Igual à do restante tempo”
18	“Um acto de demonstração de sentimentos”	“É a construção de vários sentimentos, é o amor”
19	<i>Não responde</i>	<i>Não responde</i>
20	“Muito importante”	<i>Não responde</i>
21	“Importante pois é uma forma de demonstrar amor e carinho para com o marido, levando a uma maior cumplicidade”	“Durante a gravidez a sexualidade é natural e extremamente importante para o equilíbrio entre o casal”
22	“Uma forma de demonstrar afecto entre o casal”	“Uma forma de partilhar afectos”
23	<i>Não responde</i>	<i>Não responde</i>
24	<i>Não responde</i>	<i>Não responde</i>
25	<i>Não responde</i>	<i>Não responde</i>
26	“Continuação de uma manifestação de amor do casal”	“85% Normal”
27	“Uma forma complementar de manter o equilíbrio emocional e bem-estar do casal”	<i>Não responde</i>

DEFINIÇÕES MANIFESTAS	ATITUDE
Receio/Incomodo/Necessidade de adaptações/Mais cuidado/Ignorância/Inexistência	Cautelosa
Normal/Bom/Continuação de algo natural que faz sentido e equilibra o casal	Normalidade
Muito importante/Óptima/Belo/Salutar/Criativa/Desafio/Transmissão de amor e carinho entre o casal e o feto	Positiva face à sexualidade na gravidez